

Université de Montréal

**Introduction du modèle axé sur le partenariat des soins : la pratique collaborative dans une équipe interdisciplinaire en santé mentale**

Par  
Yenimar Dominguez Machado

École de service social  
Faculté des arts et des sciences

Essai critique de stage présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de la maîtrise ès sciences (M.Sc.) en service social

Juin 2014

© Yenimar Dominguez Machado, 2014

Université de Montréal

Faculté des arts et des sciences

Cet essai critique intitulé :

**Introduction du modèle axé sur le partenariat des soins : la pratique collaborative dans une équipe interdisciplinaire en santé mentale**

présenté par

Yenimar Dominguez Machado

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Annie Fontaine, professeure adjointe  
Directeur de maîtrise

Guylaine Racine, professeure agrégée  
Examinatrice externe

## Résumé

Le présent essai critique se veut une réflexion sur l'implantation et la réalisation d'un projet d'intervention s'adressant à des personnes porteuses d'un trouble mental grave dont la complexité des besoins demande la prise en charge par des professionnels appartenant à différents domaines. Ce projet a été expérimenté à la Clinique externe en Psychiatrie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et cherche à contribuer au rétablissement des participants<sup>1</sup> à partir de l'utilisation d'une approche collaborative dans la planification de leurs épisodes de soins. De plus, la création d'un guide de pratique pouvant être utilisé comme référence pour l'ensemble des professionnels œuvrant dans la Clinique externe contribuera à harmoniser les pratiques dans ce milieu et, par conséquent, à augmenter la qualité des soins et des services qui y sont dispensés.

Mots clés : santé mentale, troubles mentaux, partenariat des soins, rétablissement, autodétermination, décisions éclairés, Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)

---

<sup>1</sup> Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

## Remerciements

En premier lieu, je voudrais remercier les membres de ma famille qui m'ont soutenue tout au long de ce projet :

À ma mère, surtout de m'avoir appris à persévérer.

*« De haber sido la fuente de inspiración para todos mis proyectos y sobre todo, de haber inculcado en mi el amor por la perfección que me obliga a siempre perseverar hasta lograr lo que parece imposible. »*

Je remercie du fond du cœur mon conjoint Raul, envers qui je serai toujours reconnaissante de m'avoir permis de réaliser les rêves les plus chers de ma vie spécialement d'être ici au Canada et d'être un jour devenue travailleuse sociale. Sans toi, ces beaux projets n'auraient certainement jamais vu le jour.

À mon fils Raoulito qui par sa présence, ses jeux, son sourire, m'a transmis sa débordante énergie et a toujours été mon inspiration.

À ma famille et mes amis aussi loin, mais aussi présents...

Un immense merci à ma directrice de maîtrise, madame Annie Fontaine pour ses nombreux commentaires pertinents et ses pistes de réflexion toujours à propos. Merci aussi pour vos phrases pleines de gentillesse qui m'ont fait redécouvrir la personne que je suis.

Je remercie également mes collègues de séminaire : Lisa, Catherine et Claire-Marie. Ensemble, nous avons formé une belle équipe durant le séminaire d'accompagnement du stage, toujours optimiste, toujours de bonne humeur...

Aux membres de l'équipe en santé mentale de la Clinique externe en Psychiatrie de l'HMR, spécialement au Dr Pinard. Je ne saurais trop les remercier de leur disponibilité et de leur ouverture à partager leur expérience.

Je garde mon dernier remerciement pour monsieur Benito Jimenes-Garcia, mon superviseur de stage et guide de ce projet du début à la fin. Sa grande générosité et sa dévotion pour la santé mentale ont constitué une source inépuisable de motivation.

## Table de matières

<b>Résumé .....</b>	<b>i</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>ii</b>
<b>Table de matières .....</b>	<b>iii</b>
<b>Liste des abbreviations .....</b>	<b>vi</b>
 <b>Introduction .....</b>	 <b>1</b>
 <b>Chapitre 1 : Recension des écrits et état de connaissances .....</b>	 <b>4</b>
1. Recension des écrits et état de connaissances .....	4
1.1 La santé mentale et les troubles mentaux.....	4
1.2 L'évolution de la participation des personnes porteuses d'un trouble mental dans la prise des décisions relatives à leur traitement .....	5
2. La participation des personnes porteuses d'un trouble de la santé mentale dans la prise de décision les concernant à la lumière des différents cadres d'analyse .....	8
2.1 Approche biomédicale .....	8
2.2 Approche biopsychosociale .....	9
2.3 Approche systémique .....	10
3. Synthèses d'écrits sur les principaux modèles d'intervention.....	11
3.1 Les modèles d'intervention en milieu institutionnel.....	11
3.1.1 Les modèles d'intervention axés sur le traitement pharmacologique .....	12
3.1.2 Les modèles d'intervention psychothérapeutiques .....	14
3.1.2.1 La thérapie axée sur les forces.....	14
3.1.2.2 La thérapie orientée vers les solutions.....	15
3.1.2.3 Limites et contraintes à l'utilisation des modèles psychothérapeutiques .....	15
3.2 Modèles d'intervention en milieu communautaire .....	16

## **Chapitre 2 : Présentation du projet d'intervention ..... 19**

1. Description du milieu de stage .....	19
1.1 L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont .....	19
1.2 Le Programme-clientèle de santé mentale .....	21
2. Présentation du projet d'intervention .....	22
2.1 Description du public cible .....	22
2.2 Objectifs du projet d'intervention .....	24
2.3 Méthodologie d'intervention.....	24
2.3.1 Intervention sociale personnelle.....	25
2.3.2 Le Plan d'intervention interprofessionnel (PII) comme modèle de pratique ....	26
2.4 Cadre d'analyse retenu : la théorie bioécologique .....	27
2.5 Approches d'intervention.....	29
2.5.1 Approche collaborative .....	30
2.5.2 Approche axée sur le rétablissement.....	32
3. Démarche d'élaboration et d'implantation du projet.....	33
3.1 Description du processus d'élaboration du projet.....	33
3.2 Description du processus d'implantation du projet.....	37

## **Chapitre 3 : Analyse critique du projet d'intervention..... 39**

1. Portrait des participants .....	39
1.1 Les patients de la Clinique externe en Psychiatrie ayant participé à la démarche .....	39
1.2 Les membres de l'équipe interdisciplinaire ayant participé à la démarche .....	41
2. Bilan de l'implantation du projet.....	42

3. Bilan de l'intervention .....	46
3.1 Le rétablissement : une expérience à multiples dimensions .....	46
3.2 L'identification du projet de vie : une tâche difficile, mais incontournable .....	47
3.3 La reconnaissance des savoirs expérientiels des participants et le partage des responsabilités relatives au traitement .....	49
3.4 La capacité d'autodétermination .....	50
3.5 La prise de décisions éclairées .....	51
3.6 La création d'un Guide d'élaboration et de révision des PII .....	52
4. Analyse des choix méthodologiques .....	53
5. Questionnements éthiques .....	56
<b>Conclusion .....</b>	<b>59</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>63</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>76</b>

## Liste des abbreviations

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CA	Conseil d'administration
CPASS	Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
HMR	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
LCE	Leader de collaboration en établissement
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
OTSTCFQ	Ordre de travailleurs sociaux et des thérapeutes familiaux et conjugaux du Québec
PASM	Plan d'action en santé mentale
PECH	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PPS	Projet partenaires de soins
RCPI	Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles
RRASMQ	Regroupement de ressources alternatives en santé mentale du Québec
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé



## Introduction

Cet essai critique dresse le portrait d'un stage de trente semaines effectué à la Clinique externe en Psychiatrie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR). Desservant principalement la population de l'est de Montréal, ce centre hospitalier offre des services en psychiatrie selon une approche par secteur depuis une trentaine d'années. De ce fait, le Programme-clientèle de santé mentale de l'HMR offre uniquement des soins et des services externes spécialisés aux personnes habitant dans les arrondissements Villeray-Saint-Michel-Parc-Extension et Rosemont-La Petite-Patrie. Ce programme est divisé en trois grands services : les unités d'hospitalisation, les services ambulatoires et le département de pédopsychiatrie. La Clinique externe en Psychiatrie adulte, milieu où s'est déroulé mon stage, est un des services ambulatoires proposés par le Programme-clientèle de santé mentale. Elle offre des soins psychiatriques de deuxième ligne et a pour mission l'évaluation, l'orientation et le traitement d'adultes souffrant de troubles psychiatriques graves. En plus, cette clinique offre des services d'intégration sociale tels que des services résidentiels et d'intégration au travail correspondant aux besoins de la clientèle.

Au cours de mes premières semaines dans ce milieu de stage, je me suis intéressée aux principes de l'approche collaborative, une façon de faire qui, depuis plusieurs années, semble trouver une résonance dans le milieu de la santé québécoise (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013; MSSS, 2005). Cet intérêt a surtout été suscité par la place centrale qu'y occupe la personne dans le processus de soin. À partir d'un survol de la littérature abordant le sujet, je me suis alors interrogée sur les enjeux pouvant représenter l'utilisation de cette approche auprès des personnes aux prises avec un trouble de la santé mentale, compte tenu de l'incidence de cette problématique dans notre réalité immédiate. En effet, d'après la commission de la santé mentale du Canada, chaque année, environ un Canadien sur cinq vit l'expérience d'un trouble mental pouvant être diagnostiqué (Commission de la santé mentale du Canada, 2009, 2012 b), ce qui signifie que presque toutes les familles du pays sont concernées par les effets de la maladie mentale.

Les personnes atteintes d'un trouble mental sont souvent confrontées à des problématiques complexes du point de vue individuel, mais aussi social. Il est important de souligner qu'il ne

s'agit pas de la complexité de la pathologie dont elles sont porteuses, mais bien de la pluralité de leurs besoins et du contexte biopsychosocial lié à la prise en charge (Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux, 2011). Or, l'approche utilisée dans l'organisation et la planification de l'ensemble des services dont ces personnes sont bénéficiaires peut favoriser ou, contrairement, entraver l'atteinte des objectifs guidant leur processus de soins. À ce sujet, il y a des auteurs qui suggèrent que le fait de permettre à la personne de participer activement à la dynamique des soins représente un élément essentiel à sa collaboration dans le traitement (Diamond, 1985; Turmel, 1990). Devant ce constat, le questionnement qui a inspiré ce projet de stage est le suivant : comment l'utilisation d'une approche collaborative dans la planification et l'organisation des épisodes de soins des personnes porteuses d'un trouble mental peut-elle contribuer à leur rétablissement?

Face à ce questionnement, l'objectif général guidant mon projet d'intervention est de contribuer au rétablissement des personnes aux prises avec un trouble grave de la santé mentale à partir de l'utilisation d'une approche collaborative. Spécifiquement, on vise à développer chez les participants à la démarche une attitude réflexive autour de leur projet de vie. On cherche aussi à valoriser la reconnaissance de leurs savoirs expérientiels et le partage des responsabilités relatives à leur traitement, à augmenter progressivement leur capacité d'autodétermination et à contribuer à leur capacitation afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées relativement à leur traitement et à leur vie en général. Finalement, un dernier objectif du projet d'intervention est la création d'un guide de pratique pouvant être utilisé comme référence pour l'ensemble des professionnels œuvrant dans ce milieu. Le cadre théorique choisi s'inspire du paradigme bioécologique qui intègre, au-delà de la maladie, l'adaptation d'une personne à son milieu de vie et l'actualisation constante de ses attitudes et compétences (Commissaire de la santé et du bien-être du Québec, 2012). Cette conception entraîne une intervention non seulement médicale, mais aussi sociale qui comprend l'accès au logement, au travail, aux différentes modalités de loisir et l'intégration à la société dans un sens plus large (Gélinas, 2009).

D'un point de vue scientifique, l'intérêt pour développer une approche collaborative dans le travail avec des personnes aux prises avec un trouble de la santé mentale est partagé par le gouvernement fédéral, mais aussi par la haute direction de la santé et des services sociaux de la

province du Québec. Dans le document *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, les personnes aux prises avec un trouble mental sont appelées à participer activement dans la sélection des services, des traitements et des formes de soutien qui leur conviennent le mieux, de même que les professionnels de la santé et des services sociaux sont invités à établir de réels partenariats avec les familles et les proches afin de soutenir les personnes dans leur parcours vers le rétablissement (Commission de la santé mentale du Canada, 2012a). Par ailleurs, le *Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010* reconnaît la capacité des personnes souffrant d'un trouble mental de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent en travaillant en partenariat avec leur équipe soignante (MSSS, 2005).

D'un point de vue social, ce projet cherche à favoriser le rétablissement des participants ce qui contribuerait à leur réinsertion sociale et à leur participation active dans la vie en communauté. Par ailleurs, la réflexion autour d'un projet de vie constitue un moment propice pour s'interroger à propos des intentions telles que le retour à l'emploi ou à un logement autonome ainsi que l'introduction de changements positifs dans les interactions que la personne entretient dans son système relationnel et les ressources personnelles, familiales et sociales pour y arriver. Dans cet esprit, la santé mentale des personnes est considérée comme une réalité éminemment sociale, comprise et traitée en considération de l'environnement dans lequel elle existe.

Cet essai critique comprend trois chapitres. Le premier présente une recension des écrits portant sur la problématique de la participation des personnes porteuses d'un trouble mental grave dans la prise des décisions qui les concernent. Le deuxième chapitre offre une description plus étoffée du projet d'intervention. Le milieu de stage y est décrit en détail, tout comme la méthodologie et les approches d'intervention, le cadre théorique ainsi que la démarche d'élaboration et d'implantation du projet dans le milieu de stage. Le troisième chapitre dresse le portrait des participants au projet, présente ce qui a été observé durant le stage et propose une analyse critique de toute la démarche. En conclusion, on retrouve une réflexion plus approfondie des enjeux que représente l'utilisation de l'approche collaborative auprès des personnes porteuses d'un trouble grave de la santé mentale de même que certains constats qui peuvent nuire à cette pratique dans les établissements de santé et de services sociaux.

## **Chapitre 1 : Recension des écrits et état de connaissances**

La littérature scientifique portant sur la participation des personnes porteuses d'un trouble mental dans la prise de décisions qui les concernent est abondante. Des chercheurs tant au Québec qu'ailleurs ont abordé cette problématique sous différents angles. Les lignes qui suivent présentent l'état des connaissances, en premier, sur les concepts de santé et de trouble mental en raison de leur rôle central dans la compréhension de la problématique. Après quoi on retrace l'évolution sociohistorique qu'a suivie la participation des personnes porteuses d'un trouble mental dans la prise de décisions. Ensuite, on aborde les principaux cadres théoriques apportant un certain éclairage sur la problématique pour finalement se concentrer sur les méthodologies d'intervention généralement utilisées auprès de cette clientèle.

### **1. Recension des écrits et état de connaissances**

#### **1.1 La santé mentale et les troubles mentaux**

Il existe plusieurs définitions de la santé mentale, variant selon les époques et les domaines disciplinaires. L'appellation même de « personne porteuse des troubles mentaux » a aussi fluctué de « fou », « aliéné » ou « malade mental » avant les années 1960 à « patient », « usager », « utilisateur de services », « client » ou « bénéficiaire ». L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (OMS, 2013). La santé mentale est essentielle à la santé globale d'un individu, cette dernière étant définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Il est ainsi mis en évidence que santé mentale et santé physique sont indissociables pour parvenir à un état d'épanouissement complet. La santé mentale et le bien-être contribuent à notre qualité de vie et à notre capacité d'en profiter (OMS, 2001a). Une bonne santé mentale est associée à un niveau de scolarité plus élevé, à une plus grande participation économique ainsi qu'à des rapports sociaux enrichissants (Commission de la santé mentale du Canada, 2009). Le concept de santé mentale est majoritairement considéré à partir d'un modèle écologiste qui intègre, au-delà de la maladie, l'adaptation d'une personne à son milieu de vie et

l'actualisation constante de ses attitudes et compétences (Commissaire de la santé et du bien-être du Québec, 2012). Cette conception entraîne une intervention non seulement médicale, mais aussi sociale qui comprend l'accès au logement, au travail, aux différentes modalités de loisir et l'intégration à la société dans un sens plus large (Gélinas, 2009).

Quant aux troubles mentaux, ils sont définis en tant qu'affections cliniquement significatives qui se caractérisent par des changements du mode de pensée, de l'humeur ou du comportement associés à une altération des fonctions mentales (OMS, 2001b). Les troubles mentaux sont généralement divisés en troubles courants ou modérés et en troubles graves (parfois appelé trouble mental sévère et persistant). Selon le *Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010*, les troubles sont dits modérés s'ils entravent le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement selon des standards professionnels largement reconnus (MSSS, 2005). Bien qu'ils soient souvent récurrents et qu'ils peuvent avoir d'importantes répercussions sur la vie professionnelle et sociale, ces troubles sont généralement moins handicapants que les troubles graves de santé mentale. De leur côté, les troubles mentaux sont considérés comme graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail (MSSS, 2005). Une proportion importante des personnes avec un diagnostic psychiatrique est affectée par plus d'un trouble mental. La comorbidité est en fait la norme en santé mentale, plus de la moitié des personnes psychiatisées présente aussi au moins un deuxième trouble mental ou encore un trouble d'abus de substance (Kessler et coll., 2011).

## **1.2 L'évolution de la participation des personnes porteuses d'un trouble mental dans la prise des décisions relatives à leur traitement**

En ce qui concerne l'évolution sociohistorique de la participation des personnes porteuses d'un trouble mental dans la prise des décisions les concernant, on a identifié cinq étapes fondamentales (Clément, 2011). La première de ces étapes se situe dans la période asilaire avant la décennie de 1960. À cette époque, la personne porteuse d'un trouble mental n'était pas considérée comme capable de s'exprimer à travers un discours sensé, ce qui conditionnait la coupure radicale de toute communication avec elle (Lecomte, 2008; Clément, 2011). On

n'accordait pas de légitimité à sa parole. Le savoir expert détenu par le corps médical était le seul acceptable (Morin, 2012).

La deuxième période se situe dans les années 1960, moment où est survenu au Québec un événement qui a provoqué une importante réflexion sur la prise en charge qui avait prévalu jusque-là des personnes présentant des troubles mentaux. Cet événement a été incarné dans la publication en 1961 de l'ouvrage de Jean-Charles Pagé *Les fous crient au secours*. Dans ce livre, M. Pagé témoignait des traitements et des conditions de vie dans les hôpitaux psychiatriques des années 1950 et dénonçait le type d'administration qui y était pratiqué (Lecomte, 2008; Clément, 2011). Comme suite à cet événement, une commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques a été créée (Bédard et coll., 1962). Le rapport déposé par cette commission allait se solder par une réforme du régime asilaire. Cependant, en dépit de cette importante réforme, le sort des malades mentaux a très peu changé au cours de cette décennie (Clément, 2011). La personne n'est plus enfermée, mais son destin continue de se dessiner dans l'oubli et l'isolement spatial et donc, social.

Viennent ensuite les années 1970 et 1980 où vont se mettre en place dans le secteur de la santé des mouvements de contestation de l'expertise médicale et du rapport hiérarchique avec les médecins (Clément, 2011). Dans le champ spécifique de la santé mentale, la transformation du statut de malade en patient-acteur s'est installée beaucoup plus lentement que dans le reste du secteur de la santé (Pomey et Ghadi, 2009). D'abord, les remises en cause du modèle traditionnel de traitement de la maladie mentale sont essentiellement venues des groupes professionnels alliés aux usagers des services de santé mentale (Clément, 2011). Surtout, des psychiatres progressistes s'identifiant au courant de l'antipsychiatrie (Lasvergnas et Gagné, 2000; Beaunoyer, 2010). Toutefois, ce sont les ressources alternatives en santé mentale et les premiers groupes de défense des droits qui ont fortement remis en cause le traitement traditionnel de la maladie mentale dans les hôpitaux psychiatriques (RRASMQ, 2005). Ces ressources et ces groupes vont travailler à faire reconnaître que l'utilisateur est une personne singulière avec son histoire de vie qui peut participer activement à l'amélioration de son état de santé. Ce sont les ressources alternatives en santé mentale qui, par ailleurs, seront les premières à valoriser l'idée que l'expérience est également « savoir » (Lasvergnas et Gagné 2000). Sur plusieurs plans, les années 1970 à 1980

auront donc été des années charnières pour la transformation du statut de l'utilisateur des services de santé mentale : ils acquièrent le droit à la parole qui va se déployer principalement dans des groupes de soutien et des groupes d'entraide.

La période qui suit, soit les années 1990 à 2005, est ponctuée par l'adoption de la première Politique de santé mentale (fin de l'année 1989), l'évaluation de son implantation, une série de réformes visant la transformation des services et la publication de bilans sur ces réformes. À ce moment, on opte pour une approche affirmative en proposant l'appropriation du pouvoir comme principe dominant (Lecomte, 2008). C'est une période où l'utilisateur est « convoqué à participer », d'abord aux décisions qui le concernent puis, progressivement, aux discussions sur la planification et l'organisation des services de santé mentale.

Enfin, le cinquième moment est celui qui nous renvoie à la période couverte par le *Plan d'action en santé mentale (PASM)*, soit 2005-2010. Le pouvoir d'agir apparaît comme principe directeur du plan, mais cette fois, la participation des usagers est posée comme une condition non négociable pour les activités de planification et d'organisation des services qui doivent se mettre en place. Dans ce nouveau contexte, la légitimité de la participation des usagers se construit autour de l'idée qu'ils sont des experts d'expérience (Rodriguez et coll., 2008; Clément, 2011). Ainsi définis, on attend d'eux qu'ils interviennent à partir d'une expertise basée sur leur vécu particulier. La période couverte par le PASM aura donc été décisive sur le plan de la généralisation des pratiques de participation des usagers à la prise des décisions les concernant.

On peut donc conclure qu'au cours des dernières années, les principes guidant l'organisation des soins et des services pour les personnes porteuses d'un trouble mental n'ont pas cessé d'évoluer. D'une maladie incurable, chronique et honteuse, on est passé à la compréhension de celle-ci comme une maladie curable, aiguë et/ou chronique, mais jamais honteuse. Avec l'adoption de la Politique de santé mentale (1989), on passe d'une maladie à celle d'une personne affligée d'une maladie. L'un après l'autre, les deux Plans d'action de 1998 et 2005-2010 ont entériné l'appropriation du pouvoir comme principe de premier plan. L'évolution de ces principes a profondément influencé la participation des personnes utilisatrices des services dans la prise de décisions qui les concernent. Dans le système asilaire, la conception d'incurabilité de la maladie

mentale sous-tendait un système de services centré sur le savoir d'expert toujours détenu par les membres du corps médical. La conception de curabilité de la maladie mentale proposée par le rapport Bédard a changé le système organisationnel en un système de soins curatifs. Cependant, les personnes porteuses des troubles mentaux continuaient à être exclues autant des décisions qui le concernaient que des débats sociaux à leur sujet. À partir des années 1990, avec l'accent mis sur le pouvoir d'agir en vue du rétablissement, on considère les voix des personnes concernées par l'expérience de la maladie mentale comme un immense réservoir d'explications vers des pratiques de qualité en santé mentale.

## **2. La participation des personnes porteuses d'un trouble de la santé mentale dans la prise de décision les concernant à la lumière des différents cadres d'analyse**

Les textes recensés permettent de répertorier la participation des personnes porteuses d'un trouble de la santé mentale dans la prise de décision les concernant au moins à partir de trois grands cadres d'analyse différents. Voici donc un bref survol de ces cadres d'analyse soit l'approche biomédicale, l'approche biopsychosociale et l'approche systémique.

### **2.1 Approche biomédicale**

Le cadre théorique et conceptuel proposé par l'approche biomédicale cherche à comprendre les manifestations comportementales des troubles mentaux en termes d'anomalies biologiques à diagnostiquer et à traiter (Bachand, 2012). Cette perspective d'analyse repose, d'une part, sur la mise en place d'un système de diagnostic sophistiqué (DSM) dont l'influence sur le plan clinique ne cesse de s'accroître et d'une autre part, sur le développement de l'industrie pharmacologique (Collin et Suissa, 2007). Dès cette perspective, la psychiatrie a cherché à comprendre la souffrance et la détresse psychologique comme des problèmes techniques qui peuvent être analysés de manière standardisée et qui sont susceptibles d'interventions techniques (Bracken et coll., 1997). Ainsi, les expériences et difficultés des personnes qui demandent de l'aide aux services psychiatriques sont interprétées comme étant des symptômes et dans la plupart des cas, elles recevront un diagnostic et un traitement pharmacologique et, si les ressources le permettent, des services psychosociaux (Rodriguez, Perron et Ouellete, 2008).



L'évaluation et le diagnostic constituent des aspects essentiels aux pratiques inspirées par l'approche biomédicale. Dans les dernières années, des efforts ont été faits pour assurer des processus de diagnostics rigoureux et fiables qui ont donné comme résultat des classifications nosographiques de plus en plus sophistiquées (St-Onge, 2006). Le diagnostic constitue une pratique hautement spécialisée qui ne peut être exercée que par des professionnels reconnus. Il s'agit d'identifier les symptômes spécifiques, d'évaluer leur intensité et de les associer à des troubles mentaux catalogués. Du point de vue théorique, ces instruments reconnaissent la nécessité de tenir compte, au-delà des symptômes, des aspects psychosociaux et de différences culturelles (par le biais notamment de l'évaluation multiaxiale). Dans la pratique, cependant, les personnes usagères perçoivent le diagnostic comme étant une vision réductrice de leurs difficultés, où l'on attribue leurs symptômes à une causalité exclusivement biologique et où on les identifie à une maladie chronique ou dégénérative (Rodriguez et coll., 2008). Dans le cadre de cette approche, le professionnel de la santé devient ainsi l'unique détenteur d'un savoir très technique qu'il prodigue à un patient ignorant de la nature et de la cause de son mal, de même que des moyens d'y remédier.

## **2.2 Approche biopsychosociale**

L'approche biopsychosociale est à la fois un modèle théorique et un outil clinique :

Sur le plan théorique, il s'agit d'une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux participent simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. Aucune de ces trois catégories de déterminants de la santé ne se voit accorder de prépondérance a priori (même si leur importance relative peut varier). (Berquin, 2010, p. 1512).

Une telle approche oblige sur le plan clinique à examiner toutes les composantes de la vie d'une personne afin de fournir un diagnostic, puis le traitement adéquat. De plus, le traitement n'a pas pour but uniquement de réduire les symptômes, mais doit aussi être adapté aux besoins de la personne afin de favoriser sa réadaptation psychosociale (Lalonde et coll., 2001). Le modèle biopsychosocial remplace des systèmes de causalités simples et linéaires par des causalités multiples et circulaires, parfois difficiles à identifier et à contrôler (Berquin, 2010). Ceci implique pour le clinicien et la personne qui a recours à ses services une prise de position souvent inconfortable caractérisée par la complexité et l'incertitude.

Une pratique inspirée par l'approche biopsychosociale cherche à repérer et à tenter de corriger des déviations de paramètres physiologiques par rapport à une norme. Dans cette perspective, la pratique clinique aura deux caractéristiques essentielles : un élargissement des perspectives et la participation active du patient. L'élargissement des perspectives traduit le fait que le soignant conserve en permanence à l'esprit la notion que les déterminants de la santé et de la maladie sont multiples et divers (Lalonde et coll., 2001). Au cours de l'évaluation, il sera particulièrement sensible à l'analyse des attitudes, des attentes, des facteurs émotionnels et relationnels et du contexte social, culturel et professionnel de la personne (Berquin, 2010). Un critère important d'un bon fonctionnement biopsychosocial est ainsi une réelle intégration des diverses perspectives, ce qui implique que les dimensions biologique, psychologique et sociale soient abordées de manière simultanée (Lalonde et coll., 2001). La participation active du patient est cruciale. Ce constat découle de l'observation que les attentes du patient influencent directement les résultats des traitements. Le corollaire de la participation active du patient est un accent particulier sur les volets d'éducation et d'information (Borrell-Carrió et coll., 2004). Cependant, malgré la prise en compte des valeurs, des préférences et des besoins du patient, ce dernier est exclu encore trop souvent du processus d'adoption de décisions importantes à l'intérieur de la dynamique de soins.

### **2.3 Approche systémique**

L'approche systémique a vu le jour aux États-Unis dans les années 1950, issue de la recherche scientifique. Elle est considérée comme un cadre d'analyse permettant d'aborder la complexité des phénomènes organisés et d'étudier la dynamique des activités à l'intérieur d'un système avec et dans son environnement (Massa, 2002). Le concept de système, défini comme un ensemble d'éléments organisés et interdépendants qui cherche à atteindre des buts déterminés, est au cœur de cette approche (Amiguet et Julier, 1996). En sciences sociales, la systémique se concentre sur l'étude des processus de communication, des rôles et de fonctions des individus, des familles et de petits groupes dans différents contextes (Landry Balas, 2008).

Du point de vue de l'approche systémique, l'intervention auprès des personnes porteuses d'un trouble mental ne se limite pas au diagnostic et au traitement des symptômes, mais doit favoriser

leur réinsertion dans les différents contextes sociaux où elles évoluent (Carignan, 2011). L'individu est vu ici en interrelation constante et circulaire avec les autres membres des structures sociales dont il fait partie (Bellemare, 2000). Ainsi, il ne s'agit plus uniquement d'informer ou de tenir compte des besoins du patient. Il s'agit de l'accompagner dans le développement de ses propres compétences et connaissances afin qu'il puisse prendre des décisions éclairées relativement à son traitement et devenir un citoyen à part entière.

### **3. Synthèses d'écrits sur les principaux modèles d'intervention**

Depuis la fin des années 1970, on divise traditionnellement le milieu de la santé mentale entre les milieux institutionnel et communautaire (ou alternatif). Ces deux entités ont développé une pensée et une façon d'agir fondées sur des postulats différents (Lecomte, 2008). Le milieu institutionnel propose des modèles de pratique basés sur les données médicales, alors que le milieu communautaire met en valeur l'expérience des personnes porteuses d'un trouble de la santé mentale et les ressources de la communauté pour les aider (Lecomte et Gagné, 2000). De nos jours, on peut dire que les frontières entre les deux réseaux sont moins hermétiques. Mais il n'en demeure pas moins que ce sont deux univers très différents qui appréhendent les problèmes d'une manière différente. La revue de littérature a permis de répertorier les modèles d'intervention proposés par ces deux milieux.

#### **3.1 Les modèles d'intervention en milieu institutionnel**

En ce qui concerne le milieu institutionnel, on peut diviser les modèles d'intervention dans deux groupes : les modèles d'intervention axés sur le traitement pharmacologique et les modèles d'intervention psychothérapeutique. Parmi les premiers le plus connu est la réadaptation psychosociale (ou réhabilitation psychiatrique) dans la communauté. Les modèles d'intervention psychothérapeutique sont représentés dans la littérature pour un ample éventail de psychothérapies. Dans le secteur de la psychiatrie, sept interventions liées à la gestion des troubles mentaux graves sont particulièrement citées : thérapie psychodynamique, cognitive-comportementale, interpersonnelle, dialectique-comportementale, motivationnelle, axée sur les forces et orientée vers les solutions. Dans le cadre de ce travail, on a choisi de présenter la

thérapie axée sur les forces et la thérapie orientée vers les solutions étant donné que celles-ci reposent sur des postulats similaires aux approches servant d'assise à notre projet d'intervention.

### **3.1.1 Les modèles d'intervention axés sur le traitement pharmacologique**

Le traitement psychopharmacologique est devenu une évidence dans le champ de la santé mentale (Rodriguez et coll., 2008). Partout en Occident, l'utilisation des substances psychotropes, comme des « médicaments psychiatriques », constitue le pilier central pour faire face aux manifestations de la souffrance autant psychique que sociale. Les psychotropes deviennent dans ce contexte un médiateur et un régulateur du rapport à soi et au monde, mais aussi du rapport aux autres (Rodriguez, 2005; Collin, 2005).

L'impact de la médication sur la vie des personnes qui consomment des médicaments psychotropes est à la fois complexe et contradictoire (Rodriguez et Poirel, 2001). Ces personnes reconnaissent l'importance de la médication, mais aussi ses limites (Lecomte et Gagné, 2000; Rodriguez et Poirel, 2001). D'un côté, la plupart d'elles considèrent que, à un moment de leur existence, la médication les a aidées à trouver le calme dont elles avaient besoin. D'un autre côté, plusieurs sont de l'avis que l'utilisation habituelle de médicaments a freiné la possibilité d'une transformation personnelle et d'un rétablissement plus profond (Lecomte et Gagné, 2000). Par ailleurs, le fait de prendre des psychotropes n'est pas vécu comme une expérience entièrement positive. Le traitement pharmacologique peut apporter le soulagement des symptômes, mais il s'accompagne pour la plupart de fois, d'effets secondaires désagréables qui s'associent à leurs effets positifs. En raison de ces effets secondaires indésirables, un nombre non négligeable des usagers expriment de réticences à consommer des médicaments psychiatriques. Ils sont nombreux à avoir abandonné brusquement leur médication sans consulter les professionnels de la santé et sans obtenir le soutien de leur entourage. Ces expériences entraînent souvent une nouvelle crise suivie d'une hospitalisation, au cours de laquelle un traitement pharmacologique sera encore proposé (Dorvil, 2007). À ce sujet, plusieurs auteurs (Dorvil, 1987; 2006; Gagné, 1996; Rodriguez et coll., 2003) ont décrit le « syndrome de la porte tournante » étant défini comme les allés-retours incessants des patients psychiatriques entre l'hôpital et la communauté.

Les effets de la médication et ses significations dans la vie de l'usager et de son entourage sont souvent associés aux pratiques qui accompagnent sa prescription et son suivi (Corin et coll., 1999; Rodriguez et coll., 2001; Corin, 2002; Rodriguez et Poirel, 2007). À ce sujet, une plainte fréquente concerne la façon de prescrire les médicaments de certains membres du corps médical qui ne laissait guère de place à la discussion et à l'expression des craintes et du malaise profond que les psychotropes sont susceptibles de provoquer (Rodriguez et coll., 2003). Les personnes usagères décrivent aussi les longs parcours qu'elles doivent traverser avant d'obtenir l'information adéquate sur leur diagnostic et leur traitement pharmacologique (Rodriguez et Poirel, 2001). Elles sont souvent peu ou pas renseignées sur les finalités de leur traitement, les effets secondaires, les risques possibles et les solutions complémentaires ou alternatives. Ce manque d'information accroît leur malaise et les possibilités de non-adhérence au traitement qui leur est prescrit (MSSS, 1998).

Sur le plan des modèles d'intervention, les courants dominants en réadaptation psychosociale (ou réhabilitation psychiatrique) dans la communauté sont imprégnés par cette perspective issue de l'approche biomédicale. Ces modèles d'intervention mettent davantage l'accent sur la réduction des symptômes à travers la prise de médicaments et les stratégies qui favorisent sa régularisation (Gélinas, 1999; Poirel et coll., 2012). De ce point de vue, la médication psychiatrique est le plus souvent perçue comme la base qui permet d'élaborer avec succès des interventions de réadaptation et d'intégration sociale (Anthony et Liberman, 1986 cités par Gélinas, 1999; Corin et Harnois, 1991). Parmi les méthodes éducatives promues dans cette perspective, on a assisté au cours des dernières années au développement de pratiques de groupe telles qu'ateliers sur les médicaments et groupes de parole, accompagnant les programmes de réinsertion dans la communauté. Les réticences ou remises en question des patients sont interprétées en termes de « non-compliance » et on cherche à mieux éduquer laissant peu de place à l'identification des limites propres au traitement et à l'exploration des approches alternatives à la médication (Rodriguez, 2005). Dans certains cas, on utilise des techniques d'orientation cognitivo-comportementale visant à modifier les attitudes concernant l'adhérence au traitement des personnes usagères les plus réfractaires (Rodriguez et coll., 2003). Ces interventions psychoéducatives sont de plus en plus délimitées étant les acquis difficilement transposables à la vie dans la communauté (Rodriguez et coll., 2008). Ces modèles d'intervention tendent à

banaliser les dimensions de l'expérience subjective qui dépassent le cadre de la symptomatologie (Rodriguez, 2005) et on cherche peu à aider la personne à comprendre ses symptômes et à travailler sur eux en discutant avec elle (Corin et coll., 1996; Fowler et coll., 1999). On tend ainsi tout à la fois à masquer la complexité des expériences personnelles et à réduire les espaces de communication dans la relation thérapeutique (Rodriguez et coll., 2001).

### **3.1.2 Les modèles d'intervention psychothérapeutiques**

Les personnes porteuses d'un trouble de la santé mentale ont exprimé des attentes très grandes à l'égard de l'accessibilité à d'autres modalités d'intervention qui misent davantage sur la construction de sens tenant compte de l'expérience personnelle. Ces attentes se manifestent dans l'intérêt d'avoir accès à des espaces pour travailler l'expérience intérieure, le rapport à soi et les relations aux autres. Dans ce qui suit, deux des thérapies les plus utilisées dans le traitement des personnes porteuses des troubles mentaux graves sont brièvement présentées.

#### **3.1.2.1 La thérapie axée sur les forces**

Dans le cadre de la thérapie axée sur les forces, la personne est perçue comme le maître d'œuvre de la relation d'aide. Ce modèle d'intervention repose sur le principe que chaque individu possède la capacité inhérente d'apprendre et d'évoluer (PECH, 2006). L'intervention est centrée sur les forces et les intérêts de la personne plutôt que sur sa pathologie. Elle est orientée vers l'atteinte des buts fixés par la personne utilisatrice elle-même. L'alliance thérapeutique est essentielle dans la relation d'aide, ayant explicitement pour objectif de développer l'espoir de la personne utilisatrice (PECH, 2006). Par ailleurs, la communauté est perçue comme étant un vaste réseau de partenaires potentiels susceptibles d'offrir du soutien (Rapp et coll., 2005). Les interventions là où la personne vit et interagit sont davantage privilégiées.

D'abord utilisée avec les personnes ayant des troubles mentaux graves, l'approche axée sur les forces a par la suite été adaptée à d'autres types de clientèles, dont les personnes âgées et les enfants (PECH, 2006). Le soutien d'intensité variable, le programme de soutien à l'emploi (*individual and placement support*), ainsi que le développement communautaire reposant sur les

actifs (*asset-building model of community development*) (Kretzmann et McKnight, 1993) sont des interventions qui s'inscrivent dans l'approche axée sur les forces. Les études semblent indiquer que cette approche a un impact significatif sur la diminution des symptômes négatifs des troubles mentaux et le nombre associé de jours d'hospitalisation (Rapp et Gosha, 2004).

### **3.1.2.2 La thérapie orientée vers les solutions**

La thérapie orientée vers les solutions est une approche collaborative s'insérant dans la famille des approches thérapeutiques brèves. Elle privilégie l'écoute empathique et met l'accent sur les buts à atteindre plutôt que sur l'analyse des expériences passées (Mynors-Wallis, 2001). Ces buts sont au nombre de quatre : comprendre le lien entre les symptômes du client et ses problèmes actuels de tous les jours; accroître l'habileté du client à définir ses problèmes; enseigner une procédure de résolution de problèmes et produire des expériences positives de résolution de problèmes (Mynors-Wallis, 2001). L'intervenant a donc pour rôle d'amener l'individu à tourner son attention vers l'avenir et à créer en lui un désir de changement (MSSS, 2010).

Les études empiriques indiquent que, tout en étant aussi efficace que les psychothérapies utilisées habituellement, l'approche orientée vers les solutions entraîne des changements rapides, particulièrement avec les personnes suicidaires ou qui s'auto-infligent des blessures (Sharry et coll., 2002; Trepper, 2006). Elle est également efficace dans le traitement de la dépression majeure (Mynors-Wallis, 2001). Une forme adaptée de cette approche existe pour faire face aux problèmes sociaux occasionnés par le stress (Poinsot et Antoine, 2007). Elle a aussi été testée pour le traitement dans la communauté des personnes âgées aux prises avec la dépression : les résultats suggèrent un impact positif chez cette clientèle (Arean et coll., 2008).

### **3.1.2.3 Limites et contraintes à l'utilisation des modèles psychothérapeutiques**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), tout en reconnaissant l'importance des traitements médicaux, propose de diversifier les approches d'intervention visant le soulagement des souffrances et le recouvrement du plein potentiel individuel (MSSS, 2005). Cette ouverture permettrait d'élargir l'accessibilité des personnes souffrantes à des espaces pour travailler

l'expérience intérieure, le rapport à soi et les relations aux autres. Ces espaces peuvent être créés par divers modèles psychothérapeutiques, mais aussi par d'autres modalités d'écoute personnalisée (de groupe ou individuelle) et de relations d'entraide. Néanmoins, les pratiques psychothérapeutiques ne sont pas reconnues dans la gamme des services essentiels et sont très peu accessibles au Québec pour les personnes vivant avec de graves problèmes en santé mentale.

En effet, l'accès à une pluralité de modèles d'intervention pour la population en général connaît des obstacles importants (Rodriguez et coll., 2008). De façon encore plus précise, l'uniformisation des approches d'intervention réduit les possibilités de choix pour les citoyens parmi les plus vulnérables, exclus et défavorisés de la société. Il faut rappeler que la majorité des personnes porteuses d'un trouble mental sont prestataires de l'aide sociale et vivent très en dessous du seuil de la pauvreté (Rodriguez, 2005). Ces contraintes réduisent leur possibilité de s'inscrire dans des démarches thérapeutiques autres que celles offertes par le réseau public ou d'avoir accès à d'autres formes d'aide psychologique pour lesquelles on doit généralement déboursier des sommes d'argent considérables. La raison principale est que le secteur public a largement favorisé un modèle de psychiatrie plus médical et centré sur le diagnostic et la médication. L'accès à d'autres formes de thérapie y est très limité.

### **3.2 Modèles d'intervention en milieu communautaire**

Au Québec, dans le champ des approches et des pratiques en santé mentale, les ressources communautaires ou alternatives occupent une position singulière (MSSS, 2002). Ces ressources se distinguent par leur regard critique sur la psychiatrie biomédicale et sur la société en général, par leur contribution au renouvellement des pratiques en santé mentale et par l'exigence éthique dont elles sont porteuses dans le rapport à la personne souffrante (Poirel et coll., 2012). Les ressources communautaires en santé mentale proposent une façon alternative de composer avec la maladie mentale et ses conséquences dont le principe de base repose sur le don de la parole aux personnes vivant des problèmes de santé mentale (Lasvergnas et Gagné, 2000). Au fil des ans, ce réseau s'est développé en lien avec la volonté des personnes usagères d'exercer leurs pouvoirs, d'avoir une vie enrichissante et de contribuer pleinement au développement de la société (Théoret, 2010). Certaines de ces ressources ont développé des démarches



d'accompagnement plus intensives impliquant une dimension de traitement proprement dite, où le travail psychique en profondeur poursuivi avec la personne se situe au cœur des pratiques (RRASMQ, 2006). Ces ressources évoquent ainsi la possibilité que le traitement puisse se définir et se développer en marge des milieux et des services psychiatriques institutionnels, même face aux problèmes graves de santé mentale (Poirel et coll., 2012). De manière générale, les ressources alternatives de traitement se réfèrent assez peu à ce qui relève des diagnostics utilisés en psychiatrie ou alors, elles en indiquent les limites. On pourrait dire que, sur un plan philosophique, ces ressources se présentent comme avant tout préoccupées par l'humain et qu'elles se méfient des diagnostics et de leur potentiel de réification (RRASMQ, 2009).

Les ressources alternatives de traitement mettent en place un large éventail d'activités en termes d'accompagnement et d'organisation pour supporter le travail thérapeutique qu'elles poursuivent dans leur espace (RRASMQ, 2006, 2009). De manière générale, ces activités se caractérisent par leur diversité et leur ampleur. La plupart des ressources ont développé le volet thérapie d'une manière plurielle, englobant dans certains cas la thérapie individuelle, la thérapie de groupe, l'artthérapie et certaines modalités de thérapie faisant appel au corps (Poirel et coll., 2012). Cette pluralité des activités donne aux personnes la possibilité de travailler différentes dimensions d'elles-mêmes et différents aspects de leurs difficultés (RRASMQ, 2006).

La vie communautaire et le groupe apparaissent comme un autre des volets proposés par les ressources alternatives de traitement (RRASMQ, 2009). Certaines ressources utilisent le groupe de manière formalisée dans le travail thérapeutique en mettant en place des activités spécifiques comme des ateliers ou des thérapies de groupe. Quant à la vie communautaire, celle-ci occupe une place centrale concrétisée à travers des repas communautaires, des espaces de dialogue permettant la mise en commun des idées et des expériences et du partage des responsabilités touchant à la vie quotidienne et à l'organisation de la ressource (RRASMQ, 2005). Plutôt que de rester simplement juxtaposés, toutes les activités mises en place tendent à se compléter comme si elles étaient reliées par le fil d'une même intention fondamentale. On pourrait parler d'un fonctionnement systémique qui intègre les activités complémentaires et le projet thérapeutique de la ressource pour produire finalement un effet d'ensemble (Poirel et coll., 2012).

Les écrits recensés nous ont permis de comprendre comment les personnes souffrant des troubles mentaux ont été souvent exclues de la planification des services qui leur sont dispensés. Cependant, au cours des dernières années, on assiste à une évolution soutenue des principes guidant l'organisation des soins en santé mentale qui a profondément influencé la participation des personnes utilisatrices dans la prise de décisions qui les concernent. D'une totale exclusion dans le système asilaire des années 1950, on est passé à un système qui prône la participation des personnes présentant un trouble mental, d'abord aux décisions touchant directement leur traitement, puis aux discussions sur l'organisation des services à leur égard. Or, malgré le long chemin parcouru à ce sujet, encore aujourd'hui persiste la primauté de l'approche biomédicale qui tend à consolider la domination des traitements pharmacologiques et donc, du savoir d'expert.

Le présent projet d'intervention vise à faire entendre les voix des personnes porteuses d'un trouble mental dans la planification de leurs épisodes de soins. Par souci de laisser plus de place au réseau de soutien familial ainsi qu'aux milieux tant institutionnel que communautaire, notre lecture du problème s'inscrit, de préférence, dans une vision bioécologique. En lien avec ce cadre d'analyse, ce projet priorise les approches collaborative et axée sur le rétablissement comme points d'ancrage de l'intervention. De notre avis, il s'agit d'une vision cohérente avec les principes mis de l'avance par notre profession. Le service social est en effet fondé sur le respect de la personnalité individuelle et sociale, le respect des capacités et des attitudes et sur l'effort pour permettre à ces capacités de s'exprimer selon leur dynamique propre (Rocher, 1970).

Le chapitre qui suit présente de façon détaillée la méthodologie ainsi que la perspective théorique et les approches d'intervention utilisées dans le cadre de ce projet de stage. Une description du milieu de stage et du programme au sein duquel il s'insère amorce la présentation du projet d'intervention.

## **Chapitre 2 : Présentation du projet d'intervention**

Le présent chapitre décrit en détail le projet d'intervention expérimenté en cours de stage. En premier lieu, on y retrouve une description de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), ensuite le Programme-clientèle de santé mentale est présenté. En deuxième lieu, chaque étape du projet est précisée : le public ciblé, les objectifs du projet d'intervention, la méthodologie retenue, le cadre théorique et les approches d'intervention choisies. Finalement, le chapitre se conclut avec une présentation des démarches d'élaboration et d'implantation du projet dans le milieu de stage.

### **1. Description du milieu de stage**

#### **1.1 L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont**

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) est né de la fusion des hôpitaux Maisonneuve et Saint-Joseph-de-Rosemont en 1971, alors que l'État visait à maximiser les soins et les services de santé offerts à la population de l'est de Montréal (Goulet, 2004). Depuis sa fusion, l'HMR oriente sa croissance en fonction des besoins de la population qu'il dessert, soit l'est de l'île (HMR, 2010). Il assure la prestation des services de courte durée de première, deuxième et troisième lignes en matière de soins de santé généraux et spécialisés ainsi que pour les soins psychiatriques (MSSS, 2008). Cet hôpital a comme mission « d'offrir des soins de qualité aux patients par des pratiques cliniques novatrices et collaboratives, intégrant le partage des connaissances, l'enseignement et la recherche » (HMR, 2013, p. 14). La philosophie de soins de l'HMR est orientée vers une pratique professionnelle en équipes interdisciplinaires favorisant le partenariat médical, clinique et administratif. Le bien-être des patients, le respect, la compétence, la responsabilisation, la reconnaissance et l'innovation sont les principales valeurs incorporées à sa gestion (HMR, 2011; HRM, 2013; Martel et Pratte, 2011).

Au plan local, ce centre hospitalier agit en tant qu'hôpital de première instance pour la population des territoires des CSSS Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île. À ce titre, il remplit le rôle d'hôpital à vocation locale dans un partenariat de hiérarchisation des soins (HMR, 2011; HMR, 2013). Au plan régional et suprarégional, l'hôpital est un milieu de référence pour la

clientèle ayant besoin de soins spécialisés et ultraspécialisés, particulièrement dans ses axes d'excellence reconnus en hématologie, en oncologie médicale et chirurgicale, en néphrologie et greffe rénale et en ophtalmologie (HMR, 2011; HMR, 2013). En tant qu'hôpital universitaire, il participe à la formation et au développement des compétences d'étudiants de plusieurs niveaux provenant de divers établissements d'enseignement (HMR, 2011; HMR, 2013).

L'HMR fait partie du système sociosanitaire québécois. Ce système est un système public, étant donné que l'État agit comme principal assureur et administrateur de l'ensemble de services. Pour assurer à tous les citoyens l'accès équitable à des soins de qualité, l'organisation dudit système repose sur trois paliers de gouvernance : le central, le régional et le local (MSSS, 2008). Spécifiquement pour l'HMR, le Gouvernement délègue certains pouvoirs et certaines responsabilités entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (palier central), l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal (palier régional) et le conseil d'administration (CA) de l'HMR (palier local). Afin de démontrer la distribution de la responsabilité de la gouvernance à travers les trois paliers de gestion, un représentant du MSSS et deux représentants commissionnés par l'ASSS de Montréal siègent au CA de l'HMR (HMR, 2009). Quant au financement des services, il repose sur la fiscalité générale comme pour l'ensemble des institutions de santé québécoises (MSSS, 2008). L'HMR reçoit donc du financement de l'État québécois par l'entremise du MSSS et de l'ASSS de Montréal et des subventions du Gouvernement du Canada. Les fonds de recherche représentent une autre source importante de revenus pour l'hôpital. Il obtient également du financement grâce à des contributions des usagers, des ventes de services, des donations, des placements, des revenus de type commercial, etc. (HMR, 2011).

En ce qui concerne son organisation interne, l'HMR fonctionne selon le modèle de gestion par programmes. Il y a huit programmes-clientèles : la chirurgie, la médecine, la médecine familiale et gériatrique, l'oncologie, l'ophtalmologie, la santé de la femme et de l'enfant, la santé mentale et l'urgence (HMR, 2013; Martel et Pratte, 2011). Deux programmes diagnostiques sont aussi mis en place : la biologie médicale et l'imagerie médicale (HMR, 2013).

## **1.2 Le Programme-clientèle de santé mentale**

Les soins et services offerts en santé mentale sont, pour l'ensemble des établissements hospitaliers du réseau de la santé, sectorisés. Le Programme-clientèle de santé mentale de l'HMR dessert donc uniquement la population habitant dans les arrondissements Villeray-Saint-Michel-Parc-Extension et Rosemont-La Petite-Patrie. Ce programme est divisé en trois grands services : les unités d'hospitalisation, les services ambulatoires et le département de pédopsychiatrie. Les unités d'hospitalisation de courte durée sont destinées aux adultes présentant des troubles psychiatriques aigus nécessitant une hospitalisation temporaire (HMR, 2012). L'objectif principal de l'équipe traitante est de stabiliser l'état des patients afin qu'ils retrouvent un fonctionnement acceptable permettant leur congé. Les unités d'hospitalisation comprennent aussi les soins intermédiaires accueillant des patients en crise aiguë qui présentent une désorganisation importante ou des comportements dangereux pour eux et pour autrui (HMR, 2012).

Parmi les différents services ambulatoires proposés par le Programme-clientèle de santé mentale il y a l'Urgence psychiatrique, deux hôpitaux de jour et la Clinique externe. L'Urgence psychiatrique offre un service d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de liaison avec les autres services hospitaliers à une clientèle présentant une problématique de santé mentale. Ce service a pour but de stabiliser la condition des usagers et de les orienter vers les services correspondant à leurs besoins (HMR, 2012). De leur part, les hôpitaux de jour offrent des activités d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de réadaptation d'une durée variant entre huit et dix semaines. Ce service s'adresse aux personnes ayant une pathologie psychiatrique en phase subaiguë. Les objectifs poursuivis sont de favoriser le maintien des patients dans la communauté, de les aider à développer des habiletés sociales et d'encourager le développement de leur autonomie (HMR, 2012). La Clinique externe en Psychiatrie adulte offre de soins psychiatriques de deuxième ligne et a pour mission l'évaluation psychiatrique, l'orientation et le traitement à long terme d'adultes souffrant de troubles psychiatriques graves (HMR, 2012). En plus, cette clinique offre des services d'intégration sociale tels que des services résidentiels et d'intégration au travail correspondant aux besoins de la clientèle. Finalement, le département de pédopsychiatrie offre divers services, soit l'urgence pédopsychiatrique, les cliniques de pédopsychiatrie du secteur

Rosemont et du secteur Hochelaga-Maisonneuve et un hôpital de jour destiné aux enfants de 2 à 6 ans (HMR, 2012).

Cette description de l'HMR, d'abord et du Programme-clientèle de santé mentale, ensuite, nous aide à mieux connaître le milieu de stage et le contexte dans lequel le projet d'intervention a eu lieu. La prochaine section du chapitre présente en détail le projet d'intervention expérimenté dans le cadre de ce stage.

## **2. Présentation du projet d'intervention**

### **2.1 Description du public cible**

Les participants ciblés par mon projet de stage sont les usagers des services dispensés par la Clinique externe en Psychiatrie de l'HMR. Cette clientèle est âgée de 18 ans et plus et atteinte de troubles psychiatriques graves (HMR, 2012). Le Plan d'action 2005-2010 qualifie les troubles mentaux de graves :

(...) lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie constitue un indice pour reconnaître ce que nous entendons par troubles mentaux graves. (MSSS, 2005, p. 40).

Les troubles mentaux graves sont considérés comme le résultat de l'interaction de facteurs personnels et environnementaux. Ainsi, les problématiques liées à ces troubles sont diversifiées et ont un impact sur plusieurs sphères de la vie de l'individu (gouvernement du Canada, 2006). Ces problématiques comprennent des changements sociaux, souvent caractérisés par une perte du réseau et l'isolement social, ainsi qu'une difficulté voire une incapacité à réaliser les activités de la vie quotidienne (Association des psychiatres du Canada, 2005). Les personnes aux prises avec un trouble mental grave bénéficient peu des possibilités d'éducation, de formation ou d'emploi leur permettant de réaliser pleinement leur potentiel dans la communauté (Funk et Saxena, 2010). Selon une étude de Fleury (2010), la majorité des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ont un réseau social limité, n'ont pas de travail rémunéré et requièrent un soutien

diversifié et continu sur une période substantielle de leur vie. La sphère des relations interpersonnelles est aussi dysfonctionnelle. En effet, deux personnes sur trois présentant un trouble de santé mentale grave n'arrivent pas à maintenir leurs rôles sociaux (OMS, 2001b; Kurzban et coll., 2010). Ces personnes sont, pour la plupart, atteintes d'une ou de plusieurs problématiques additionnelles (toxicomanie, alcoolisme, troubles judiciaires, etc.) (Kopelowicz et Liberman, 2003). Les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, ainsi que leurs familles, sont aussi celles qui sont les plus susceptibles de souffrir d'une organisation inadéquate des services de santé mentale (MSSS, 1998).

Les principaux diagnostics associés aux troubles mentaux graves sont essentiellement la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité (Kopelowicz et Liberman, 2003). Les troubles psychotiques sont définis par la présence pendant une partie significative du temps de deux ou plus des manifestations suivantes : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé et comportement grossièrement désorganisé ou catatonique. Depuis l'apparition de la perturbation un ou plusieurs domaines du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels sont nettement inférieurs qu'avant la survenue du déséquilibre (American psychiatric association, 2004). Ces troubles apparaissent souvent entre l'adolescence et le début de l'âge adulte.

Les troubles de l'humeur sont des troubles de la santé mentale caractérisés par une instabilité de l'humeur non maîtrisable. Ces maladies se répercutent sur les perceptions, la structure de la personnalité et le comportement. La personne atteinte sera dépressive, exaltée ou pourrait présenter en alternance des épisodes de ces deux formes de pathologie (Leblanc, 1999). Tout comme les personnes porteuses d'un trouble psychotique, ces personnes souffrent d'une profonde détresse ou de handicaps dans leurs activités sociales, professionnelles et éducatives (American psychiatric association, 2004). Finalement, les troubles de la personnalité ont été décrits comme des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation se manifeste dans au moins deux des champs suivants : la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel et le contrôle des impulsions (American psychiatric association, 2004).

## **2.2 Objectifs du projet d'intervention**

Avant tout, ce projet a pour objectif général de contribuer au rétablissement des personnes aux prises avec un trouble de la santé mentale à partir de l'utilisation d'une approche collaborative. Dans cette perspective, ce projet vise, plus spécifiquement, le développement d'une attitude réflexive des participants autour de leur projet de vie étant donné le rôle central de ce concept dans la planification de leur processus de soin. Puisque la légitimité de l'expérience des personnes porteuses d'un trouble de la santé mentale a été identifiée dans le premier chapitre, il apparaît alors comme un objectif de valoriser la reconnaissance des savoirs expérientiels et le partage des responsabilités relatives à leur traitement des personnes participant au projet. Par ailleurs, il est difficile d'envisager une relation de collaboration si les partenaires potentiels n'ont pas la capacité de s'investir de façon autonome et responsable dans la démarche. On parle ici de l'autodétermination. Un autre objectif est donc d'augmenter progressivement la capacité d'autodétermination des participants. On a insisté sur la participation à la prise de décisions importantes comme un des enjeux majeurs par rapport à cette clientèle. Ce projet vise alors à contribuer à la capacitation des personnes participantes afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées relativement à leur traitement et à leur vie en général. Finalement, on a soulevé le défi d'harmoniser les pratiques à l'intérieur de la Clinique externe en Psychiatrie en ce qui concerne l'élaboration et la révision des PII. Un dernier objectif du projet d'intervention est la création d'un guide de pratique pouvant être utilisé comme référence pour l'ensemble des professionnels œuvrant dans ce milieu.

## **2.3 Méthodologie d'intervention**

Pour atteindre les objectifs du projet nommés précédemment, l'intervention sociale personnelle est la méthodologie d'intervention retenue. Dans les lignes qui suivent, on offre une synthèse de cette méthode ainsi que des principes de l'élaboration du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII), modèle de pratique privilégié dans le cadre de notre projet pour articuler l'intervention sociale personnelle.



### **2.3.1 Intervention sociale personnelle**

L'intervention sociale personnelle est une des méthodes d'intervention les plus importantes du service social. Également nommée intervention psychosociale, intervention individuelle ou individualisée, elle cible des personnes vivant des situations singulières (Bilodeau, 2005). De façon générale, le travailleur social qui intervient directement auprès des personnes concentre son attention et ses efforts à déceler les problèmes individuels liés au fonctionnement social. Or, même si son intervention se pratique de façon directe auprès des individus, elle a toujours pour but l'amorce de changements concernant leurs interactions sociales et leur environnement (Thibault, 2011). Le fait qui distingue la profession du travail social des autres professions en relation d'aide est la primauté accordée au sens social et collectif que prennent les difficultés que vit une personne : ses sentiments, ses émotions, son comportement sont situés dans son contexte familial, communautaire et sociétal. Le travailleur social intervient donc sur ce rapport plutôt que sur les défaillances de la personne elle-même (Bourgon, 2007).

L'intervention individuelle en travail social vise, d'une part, à accompagner la personne dans ses souffrances afin qu'elle puisse leur donner un sens. D'une autre part, on aide la personne en difficulté à identifier le plus grand nombre de ressources possibles pour faciliter son développement personnel et sa participation sociale active (Bourgon, 2007). Le service social personnel pourrait donc être défini comme une méthode d'intervention qui a pour objet le soutien et l'accompagnement des personnes dans la résolution de problèmes et l'amélioration de leur bien-être. Pour arriver à son but, le travailleur social privilégie l'utilisation de l'ensemble de ressources sociales disponibles dans la communauté. Ce faisant, il donne un sens plus large à son action pour l'inscrire dans une perspective de changement social (Thibault, 2011).

L'intervention sociale individuelle en santé mentale a des caractéristiques particulières. Dans ce contexte, le travailleur social est appelé à intervenir auprès des personnes dont les difficultés associées à son état de santé mentale entraînent une souffrance ou une détresse profonde aux plans personnel et social. La réponse aux besoins exprimés par ces personnes se fonde sur une alliance collaborative qui comprend une combinaison stratégique et structurée d'actions professionnelles (OTSTCFQ, 2012). La cible de ces actions est à la fois la personne et son

environnement toujours considérés dans une perspective d'interaction dynamique. L'intervention sociale personnelle auprès des personnes porteuses d'un trouble mental a donc pour but d'apporter des changements significatifs pour la personne au plan personnel, interactionnel et environnemental (OTSTCFQ, 2013). De ce point de vue, la personne est considérée comme capable d'évoluer selon ses besoins et ses aspirations (OTSTCFQ, 2011), mais aussi d'agir sur son environnement en lien avec ses droits fondamentaux. Dans cet esprit, le regard porté sur la personne aux prises avec un problème de santé mentale se veut global et s'attarde à ses compétences, ses habiletés et ses connaissances, au-delà du diagnostic associé à sa condition. En raison du sens social donné aux difficultés éprouvées par la personne, l'intervention sociale personnelle implique un ensemble d'actions dont la portée se veut collective même si l'intervention se fait principalement auprès de la personne et de son réseau.

### **2.3.2 Le Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) comme modèle de pratique**

On articule l'intervention sociale personnelle à partir d'un modèle de pratique spécifique, soit l'élaboration du PII. Les personnes porteuses d'un trouble mental grave sont souvent confrontées à des problématiques complexes. Dans ce contexte, plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux doivent intervenir de façon simultanée pour répondre adéquatement à leurs besoins. De façon générale, plus les besoins du patient sont complexes, plus les services requis sont nombreux et plus ils interpellent différents partenaires, dont le patient, ses proches et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux ou d'autres secteurs d'activités (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013). Il est donc indispensable d'harmoniser les points de vue de tous les professionnels concernés afin de développer une vision commune de la situation (Careau et coll., 2011).

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) établit que toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. À ce sujet, un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée, un Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) afin d'identifier leurs besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée pendant laquelle les services devront être fournis. Ce plan d'intervention doit aussi assurer la coordination des services

dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés (MSSS, 1991). L'élaboration du PII se définit alors comme un processus individualisé de planification et de communication qui permet à l'usager et à sa famille d'exprimer leurs besoins et leur projet de vie et de déterminer, avec les intervenants, les priorités, les objectifs, les moyens d'action et les échéanciers, en vue d'atteindre les résultats d'intégration sociale optimale visés (CRDP Le Bouclier, 2004).

## **2.4 Cadre d'analyse retenu : la théorie bioécologique<sup>2</sup>**

Dans un contexte de travail interdisciplinaire comme celui qui prime dans la Clinique externe en Psychiatrie de l'HMR, un cadre d'analyse bioécologique nous a semblé le plus pertinent pour mieux comprendre les besoins de la clientèle ciblée pour le projet de stage. Dans les lignes qui suivent, on expose l'origine et les concepts-clés de la théorie bioécologique.

Le concept d'écologie a été utilisé pour la première fois vers le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle par Haeckel, un zoologiste allemand. Il a été le premier à promouvoir une science qui étudie les rapports entre l'individu et son environnement (Damant et coll., 2001). Cependant, on doit attendre le début du XX<sup>e</sup> siècle pour assister au développement des premiers travaux reconnaissant l'interdépendance des humains et de leur environnement dans les sciences sociales. C'est Urie Bronfenbrenner (1974) qui a formulé l'approche écologique comme un paradigme scientifique pour étudier et comprendre le développement humain, dans un contexte systémique et relationnel qui modèle l'individu, mais aussi son environnement. Selon cette perspective théorique, le développement d'un individu est le résultat de plusieurs systèmes qui interagissent entre eux et influencent la personne (Bronfenbrenner, 1979, 1986).

Pour Bronfenbrenner, quatre concepts clés servent d'assise au paradigme bioécologique : *le processus, la personne, le contexte et le temps*. *Le processus* constitue le point central de cette théorie. Bronfenbrenner explique l'importance du *processus* à travers de deux propositions. La première définit que le développement humain prend place à travers un processus d'interaction

---

<sup>2</sup> L'approche bioécologique correspond aux dernières réflexions d'Urie Bronfenbrenner, créateur de l'approche écologique. Dans les années 1990, Bronfenbrenner et ses collègues bonifient cette approche en ajoutant des composantes individuelles (biologiques, psychologiques et comportementales) aux composantes environnementales, ce qui modifie l'appellation de cette approche du développement humain de « écologique à bioécologique » (Lerner, 2005).

entre un organisme humain et son environnement immédiat. Pour être adéquates, ces interactions doivent se dérouler sur une base régulière et à long terme, soit selon un processus de proximité (Bronfenbrenner, 1994). Pour sa part, la deuxième proposition prend en considération la forme, la force, le contenu et la direction qui adoptent ces processus de proximité (Bronfenbrenner, 1994; Tessier et Tarabulsky, 1996).

*La personne* est considérée selon le paradigme bioécologique comme productrice, mais aussi comme produit de son développement (Lerner, 2005; Greene, 2008). Afin de mieux comprendre ce concept, il faut tenir compte de certains principes. En premier, le développement a lieu lorsque la personne participe à une activité significative. Pour être significative, l'activité doit se produire régulièrement pendant un laps de temps assez long pour devenir de plus en plus complexe. Finalement, il faut aussi considérer que le développement n'a pas un sens unique : il y a un caractère mutuel et réciproque dans les échanges entre la personne et son environnement (Bronfenbrenner et Morris, 2006).

*Le contexte* peut être défini comme l'ensemble des personnes avec leurs interactions et leurs transactions, qui évoluent dans un milieu socialement et géographiquement déterminé (Germain et Gittermant, 1995). Concrètement, l'écologie d'une personne est composée de deux couches concentriques superposées (Bronfenbrenner, 1974). La première comprend la place immédiate dans l'environnement de l'individu comme la maison, l'école, etc. La seconde couche entoure et supporte la première (Bronfenbrenner, 1974). Bronfenbrenner explique *le contexte* en utilisant six sous-systèmes : *le microsystème*, *le mésosystème*, *l'exosystème*, *le macrosystème*, *l'ontosystème* et *le chronosystème* (Bronfenbrenner, 1974, 1979, 1994). La définition de ces sous-systèmes est un point capital de la bioécologie, car cette théorie postule que le comportement humain peut être expliqué à travers de l'examen des sous-systèmes qui composent l'environnement de l'individu. *L'ontosystème* désigne l'ensemble de caractéristiques d'un individu, qu'elles soient innées ou acquises, par exemple : l'âge, le sexe, les compétences et les déficits (Bronfenbrenner et Morris, 2006). *Le microsystème* peut être défini comme le milieu de vie immédiat de la personne : la famille, l'école, le milieu de travail, les amis, les services et les ressources du milieu, etc. *Le microsystème* comprend aussi les caractéristiques des personnes qui sont présentes dans ces endroits (Bronfenbrenner, 1994; Bronfenbrenner et Morris, 2006). Pour

sa part, *le mésosystème* comprend les interactions entre les microsystèmes. Il ne s'agit pas d'un lieu, mais plutôt des liens entre ces différents lieux (Damant et coll., 2001). L'harmonisation des liens entre les microsystèmes favorise le développement de la personne et, à l'inverse, ce développement est compromis quand il y a incompatibilité entre les rôles joués par la personne d'un microsystème à l'autre (Tarabulsky et coll., 2008). *L'exosystème* peut être défini comme les environnements dans lesquels la personne n'est pas directement engagée, mais dont les activités, les politiques et les décisions l'affectent (Damant et coll., 2001). Ce sous-système correspond à un système social qui n'est pas perçu directement par l'individu, mais qui a un impact sur les microsystèmes dont il fait partie (Carignan, 2011). *Le macrosystème* comporte les valeurs, les croyances, les idéologies présentes dans une société. Elles sont les empreintes des conduites qui devraient être adoptées par l'individu (Bronfenbrenner, 2001, 2005). Finalement, *le chronosystème* fait référence à l'ensemble de considérations temporelles (âge, durée, synchronie, etc.) caractérisant la situation d'une personne en particulier.

Le dernier des concepts à la base de la théorie bioécologique est *le temps*. Bronfenbrenner (1994) conclut que ce facteur doit être pris en considération, car les personnes et leurs environnements ont une histoire passée, présente et future. Par conséquent, les comportements doivent être observés et soumis à l'analyse en fonction des étapes du développement d'un individu, d'une famille et d'une société (Carignan, 2011). Bronfenbrenner (1994) définit le facteur *temps* comme les transitions écologiques, et souligne que celles-ci marquent les changements au sein des environnements tout au cours de la vie. Ces changements affectent le processus du développement humain de la génération qui les vit et ceux des générations futures.

## **2.5 Approches d'intervention**

Les approches retenues pour guider l'intervention dans le cadre de ce projet ont été l'approche collaborative et l'approche axée sur le rétablissement. On trouve que les postulats de base de ces deux approches rejoignent ceux de la théorie bioécologique dans la mesure où ils accordent une importance particulière aux forces de l'individu, mais aussi à la capacité de son milieu de vie pour le soutenir. En ce qui suit, on offre une synthèse des principes de ces approches qui ont servi d'inspiration pour l'élaboration de ce projet.

### 2.5.1 Approche collaborative

Le terme de collaboration a traditionnellement joui d'une grande acceptation dans les services sociaux et de santé. Dans ce contexte, la collaboration a permis à plusieurs disciplines de partager leurs savoirs et leur savoir-faire. On parle de plus en plus de collaboration intersectorielle, interprofessionnelle, interdisciplinaire, interétablissements. Dans ces cas, le préfixe « *inter* » renvoie à son étymologie latine qui signifie « en relation » (Ndiaye, et St-Onge, 2013). Selon McIntosh et McCormack (2001), ce préfixe décrit un partenariat où des membres de différents domaines travaillent de concert vers l'atteinte d'un objectif commun. Donc, il s'agit d'être en relation, ou d'« être ensemble » dans un sens plus large (Ndiaye et St-Onge, 2013).

Les nombreuses tentatives de clarification n'ont pas empêché la notion de collaboration de rester encore imprécise et peu explorée. On peut affirmer qu'il n'existe pas une définition consensuelle du concept de collaboration, mais des définitions selon la profession ou la discipline qui supporte les échanges entre différents acteurs (Ndiaye et St-Onge, 2013). Plusieurs auteurs (Panitz, 1996, 1999; Cérissier, 2004; Moreau et coll., 2005) expliquent le concept en référence à une situation de travail dans laquelle les tâches et les buts sont communs. D'autres auteurs fournissent des définitions de la collaboration se traduisant généralement par la notion de construction d'une action collective (Friedberg, 1993; D'Amour et coll., 1999; Colin et coll., 2010). La collaboration interprofessionnelle est aussi définie en termes de processus dynamique. Elle peut être perçue comme un continuum sur lequel l'interaction varie de la simple communication des idées jusqu'à l'intégration mutuelle des concepts directeurs d'un processus déterminé (Fourez, 2001; RCPI, 2011). Malgré le flou qui persiste autour de la définition, ce concept est recherché comme un moyen d'amélioration des relations au travail et des résultats de santé des patients.

Les concepts rattachés à la collaboration ont évolué jusqu'à celui tout récent de partenariat (Comité sur les pratiques collaboratives, 2013). Dans la plupart des écrits, le concept de collaboration englobe le plus souvent celui de partenariat. Pour certains (Ndiaye et St-Onge, 2013), le partenariat est le prolongement de la collaboration qu'il renouvelle et met en action. Pour d'autres (Mohatt, 1989), le partenariat est une relation mutuellement bénéfique entre des parties qui partagent des objectifs, des responsabilités et du pouvoir. Or, malgré la diversité des

critères autour de ce terme, tous s'accordent pour définir la prise de décision partagée comme sa caractéristique déterminante (Careau, et coll., 2011). On parle ainsi d'une interdépendance élevée entre les individus motivée par le partage solidaire des responsabilités liées aux décisions de l'équipe (Oandasan et coll., 2005; Reeves et coll., 2010).

Dans le milieu de la santé et des services sociaux, on parle aujourd'hui de partenariat de soins et de services, concept inclusif qui traduit la volonté de voir la collaboration se réaliser entre l'équipe soignante et le patient (Comité sur les pratiques collaboratives, 2013). Le partenariat de soins et de services se définit donc comme suit :

Relation de coopération/collaboration entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux (cliniciens, gestionnaires ou autres) qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages et qui favorise l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées et l'atteinte de résultats de santé optimaux. (Comité sur les pratiques collaboratives, 2013, p.11)

Fondée sur la reconnaissance des savoirs de toutes les parties, la relation établie entre les partenaires favorise la planification et la coordination des actions pour intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient (Comité sur les pratiques collaboratives, 2013). Il est difficile d'envisager une relation de partenariat si les partenaires potentiels n'ont pas la capacité de collaborer de façon autonome et responsable. On parle ici de l'autodétermination. L'autodétermination suppose que les personnes et les groupes sont capables d'assumer des responsabilités de manière autonome, de réaliser des performances sans pression particulière, de prendre des mesures correctives si nécessaire et de mériter la confiance qu'on leur accorde (Moreau et coll., 2005).

Comme l'on vient de le démontrer tout au long de cette exposée, l'approche collaborative favorise l'autodétermination des individus et le partage des responsabilités pendant leur processus de soins. On considère que ces caractéristiques capitales rejoignent les fondements d'une autre vision soutenant les pratiques en santé mentale de nos jours. On parle ici de l'approche axée sur le rétablissement. En ce qui suit, on expose les fondements de cette approche servant d'assise à notre projet d'intervention.

### 2.5.2 Approche axée sur le rétablissement

Les premiers écrits sur le rétablissement remontent aux années quatre-vingt et apparaissent sous forme de témoignages de personnes utilisatrices des services (Houghton, 1982; Deegan, 1988; Leete, 1989; Carpenter, 2002). Depuis lors, ces personnes ont sans cesse contribué à promouvoir une vision différente de la maladie et de la santé mentale. Grâce à ce mouvement, les professionnels de la santé et les décideurs ont accru leur intérêt pour le développement de connaissances et d'interventions thérapeutiques axées sur le rétablissement. De ce fait, la promotion du rétablissement chez les personnes vivant avec des troubles mentaux est devenue le point central autour duquel s'articulent des politiques et des pratiques en matière de santé mentale à travers le monde (Provencher, 2007). Ici, au Canada et au Québec, de nombreux rapports et documents politiques ont adopté une approche axée sur le rétablissement.

Il n'existe pas une définition du terme rétablissement qui soit commune à tous. À partir de son expérience personnelle, Deegan définit le rétablissement comme suit :

*... a process, not an end point or a destination. Recovery is an attitude, a way of approaching the day and the challenges I face. Being in recovery means that I know that I have certain limitations and things I can't do. But rather than letting these limitations be an occasion for despair and giving up, I have learned that in knowing what I can't do, I also open upon the possibilities of all the things I can do. (Deegan, 1997, p.20-21).*

De leur part, Spaniol et coll. (1994) définissent le rétablissement de cette autre façon :

*... a process by which people [...] rebuild and further develop personal, social, environmental and spiritual connections in their lives. Recovery is a process of adjusting one's attitude, feelings, perceptions, and goals in life and a process of self-discovery, self-renewal, and transformation. (Spaniol et coll., 1994, p.1).*

Bien que chaque auteur apporte sa couleur personnelle à la définition, la représentation du rétablissement en tant que processus apparaît comme un trait commun (Provencher, 2002). À ce sujet, différents chercheurs (Deegan, 1988, 1997; Anthony, 1993; Sullivan 1994; Spaniol et coll., 1994; Frese et Davis, 1997; Pettie et Triolo, 1999; Young et Ensing, 1999) ont décrit le rétablissement comme un continuum. Ils ont aussi souligné que c'est un processus non linéaire



où les échecs dans l'atteinte de buts individuels se transforment en opportunités d'apprentissage réorientant l'individu dans sa démarche d'épanouissement personnel (Russinova, 1999).

Toute tentative de définition du rétablissement doit mettre en perspective l'expérience subjective de l'individu dans ses efforts de dépasser les limites et les répercussions sociales imposées par le trouble mental (Provencher, 2002; Corin, 2002). Donc, le rétablissement ne peut être expliqué qu'à partir de l'expérience vécue par l'individu, et cela en portant une attention particulière aux facteurs influençant les possibilités et les probabilités de changements (Leete, 1989; Davidson et Strauss, 1992; Anthony, 1993; Provencher, 2002). Dans le cadre de ce projet, le rétablissement est compris et traité comme le dépassement des symptômes, des limites fonctionnelles et des handicaps sociaux rattachés au trouble mental. Cette transcendance se manifeste par des transformations d'ordre multidimensionnel et implique l'activation de processus personnel, interpersonnel et sociopolitique permettant le renouvellement du sens de l'existence, la mutation de rôles sociaux significatifs et l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie (Deegan, 2001; Provencher, 2002; Corin 2002; MSSS, 2005; Commission de la santé mentale du Canada, 2009).

### **3. Démarche d'élaboration et d'implantation du projet**

La démarche d'élaboration et d'implantation du projet d'intervention a été longue et ardue par moments. En ce qui suit, on offre une description en détail de ces étapes, tout en identifiant les faits saillants à l'origine de certaines de nos décisions.

#### **3.1 Description du processus d'élaboration du projet**

Au début de mon stage, j'avais en tête un autre projet tout à fait différent que celui que je présente aujourd'hui. À ce moment-là, j'envisageais étudier les manifestations des troubles mentaux en lien avec le processus d'immigration, spécifiquement auprès d'une clientèle d'origine latino-américaine. Cependant, après une profonde analyse, j'ai conclu que le développement d'un tel projet n'était pas possible dans la Clinique externe en Psychiatrie de l'HMR, milieu où se déroulait le stage, à cause des difficultés que poserait le recrutement des participants avec les caractéristiques exigées. Cette situation m'a obligée à faire un examen de

mes intérêts professionnels et des besoins du milieu, dans le but de trouver une zone commune me permettant d'élaborer un nouveau projet.

L'HMR est reconnu pour son implication dans le développement des pratiques collaboratives (HMR, 2011; HMR, 2013a). Cette institution fait partie des quatre établissements du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal qui expérimente la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et des services au regard du partenariat de soins. Spécifiquement, l'HMR s'est investi dans l'implantation du projet Partenaires de soins (PPS) qui vise une plus grande intégration des patients dans leur propre décision de traitement (HMR, 2013b). Dans ce contexte et après plusieurs discussions avec mon superviseur de stage, nous avons décidé d'expérimenter l'approche collaborative auprès des usagers des services de la Clinique externe en Psychiatrie dans le but de contribuer à leur rétablissement. Les équipes de professionnels appartenant à cette clinique avaient adopté cette approche depuis le mois de mai 2013. Au moment de début de mon stage, cette pratique était donc dans un état embryonnaire ce qui créait un environnement propice pour ma participation dans ce projet. L'ardu processus de réflexion menant à la décision de travailler sur ce sujet a été largement récompensé, car il s'alignait parfaitement avec mes intérêts professionnels.

Une fois prise la décision d'expérimenter l'approche collaborative auprès des usagers de la Clinique externe en Psychiatrie, ma préoccupation initiale a été d'augmenter mes connaissances sur cette approche. Dans ce but, plusieurs activités ont été réalisées. En premier, j'ai participé à l'atelier de formation donné par le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS). Cet atelier avait comme objectif de développer les compétences des participants à titre de partenaires des soins, spécialement en ce qui concerne la planification des interventions en équipe autour du projet de vie du patient (CPASS, 2013). Cette formation m'a permis de me familiariser avec des notions telles que projet de vie, savoir expérientiel, prise de décision éclairée, etc. qui étaient toutes au cœur de mon projet d'intervention. Ensuite, j'ai effectué une revue de la littérature sur les pratiques collaboratives, j'ai consulté divers documents disponibles dans le milieu de stage et d'autres recommandés pendant la formation du CPASS. J'ai participé à titre d'observatrice dans des rencontres d'élaboration du PII qui avaient été déjà planifiées. J'ai aussi assisté à la rencontre de travailleurs sociaux du Programme-clientèle de santé mentale du

mois d'octobre 2013. Cette rencontre a été très importante, car on a abordé des aspects qui marquent le quotidien des travailleurs sociaux et qui peuvent favoriser ou entraver l'utilisation du partenariat de soins auprès d'une clientèle en santé mentale.

La participation comme observatrice dans des séances d'élaboration des Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ainsi que la revue de littérature m'ont permis finalement élaborer mon projet d'intervention. Je me suis beaucoup inspirée des travaux des Instituts de réadaptation en déficience physique notamment celui-ci du Québec et le centre InterVal, desservant la population de la Mauricie et du centre de la province. Le projet d'intervention a été construit à partir de six étapes. Le début du processus est marqué par l'évaluation, étape qui concerne à la fois à l'utilisateur et aux professionnels membres de l'équipe. Pendant l'évaluation de l'utilisateur, l'intervenant dont le lien de confiance avec le patient est le plus fort rencontre la personne concernée et ses proches afin de connaître leur perception et leurs opinions au regard de la situation actuelle. Quant aux professionnels concernés, ils rencontrent la personne et ses proches de façon individuelle dans le but d'avoir un portrait général de la situation et d'en dégager les besoins spécifiques selon son champ d'expertise (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, 2010).

Ensuite, c'est l'étape de préparation qui s'en vient. Il s'agit d'un processus qui concerne l'utilisateur, les intervenants et l'équipe. La préparation de l'utilisateur a lieu à partir d'un échange d'information avec la personne pour favoriser la maîtrise de son rôle de partenaire dans l'élaboration de son PII. Cet échange d'information permet à l'utilisateur de clarifier sa représentation du PII et d'examiner ses appréhensions et questionnements en lien avec la rencontre avec l'équipe des professionnels. La préparation de l'intervenant est une réflexion individuelle des intervenants amorcée suite aux évaluations disciplinaires qui a pour but de faciliter les échanges lors des discussions cliniques. Finalement, la préparation de l'équipe est un moment de partage d'observations et de réflexions entre intervenants (Centre de réadaptation InterVal, 2011). Elle vise essentiellement à effectuer une mise en commun des informations obtenues et à développer une vision globale de la situation de l'utilisateur.

La concertation est l'étape charnière de l'élaboration du PII. À ce moment, sous forme de discussion, l'utilisateur partagera avec les intervenants son projet de vie dont la réflexion a été déjà

amorcée lors de l'étape d'évaluation (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, 2010). Cet échange doit se réaliser dans un esprit d'ouverture où la reconnaissance de l'expertise de l'utilisateur face à son vécu et à ses buts est fondamentale. Au cours des semaines et des mois suivants, chaque acteur s'activera à aider l'utilisateur à atteindre ses objectifs. Selon les changements observés dans son évolution, des discussions cliniques seront effectuées afin de permettre le maintien d'une vision commune de la situation, jusqu'à la révision du PII (Centre de réadaptation InterVal, 2011). C'est ce qu'on appelle l'actualisation du PII. Finalement, la révision du PII est un moment d'arrêt pris par l'utilisateur et l'équipe pour effectuer un retour sur le PII précédant. La révision du PII permet de constater les changements significatifs et l'atteinte des objectifs déterminés antérieurement.

Afin de mesurer l'atteinte des objectifs, trois dispositifs ont été mis en place. Tout d'abord, à chaque rencontre, une grille d'observation a été complétée afin de documenter les activités mises en place ainsi que les perceptions, les sentiments, les attitudes et les comportements des participants par rapport aux contenus abordés. Les observations recueillies à partir de cette grille ont permis par la suite de dresser un bilan de chaque étape de l'intervention, d'identifier des aspects à travailler et d'établir des objectifs pour améliorer les aspects nommés. De plus, la rencontre de révision du PII a permis de faire un retour individuel avec chaque participant, afin de voir si la personne avait atteint les objectifs qu'elle s'était fixés au départ (Voir ANNEXE A). Finalement, à la fin de l'intervention, les participants ont rempli le formulaire « Appréciation de la démarche d'élaboration du PII par le patient » (Voir ANNEXE A). Ce formulaire a été élaboré dans le cadre du projet de stage et permet d'évaluer la perception du patient en ce qui concerne l'importance accordée à sa participation tout au long du processus d'élaboration du PII, la prise en compte de son point de vue de même que la qualité et la pertinence de l'information reçue sur sa situation de santé.

Dans le but de valider le projet et de l'informer des activités planifiées, mon superviseur et moi, nous avons finalement fixé une rencontre avec Mme Lamoureux, chef de soins ambulatoires du Programme-clientèle de santé mentale. Dans le cadre de cette rencontre, je lui ai communiqué les objectifs du projet de stage et la façon dont je prévoyais les atteindre. Elle a été bien intéressée lorsque j'ai proposé de retracer les étapes du processus d'élaboration du PII. En principe, j'avais

juste conçu l'identification et la description de celles-ci tout en spécifiant le rôle des participants. Comme résultat de cette rencontre est née l'idée de confectionner un *Guide d'élaboration et de révision du PII*, ce qui contribuerait à harmoniser les pratiques dans la Clinique externe et, par conséquent, à augmenter la qualité des soins et des services qui y sont dispensés.

### **3.2 Description du processus d'implantation du projet**

Une fois mon projet validé, j'ai procédé au recrutement des participants. À ce sujet, deux critères fondamentaux ont été considérés : en premier, les participants au projet devaient présenter une situation impliquant des besoins à combler dans plusieurs dimensions de leur vie. Comme résultat de cette situation, l'équilibre de la personne avec son environnement serait compromis, ayant des effets sur son autonomie et sur sa participation sociale. En deuxième, la diversité des problématiques confrontées par cette personne exigerait que les expertises de plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux soient mises en commun pour avoir une compréhension globale de sa situation et pour mettre en place les actions qui lui assureraient une réponse optimale à ses besoins.

Le recrutement s'est fait à partir des dossiers actifs du superviseur de stage. Ce dernier a réalisé une première sélection parmi les personnes auprès de qui il effectue un suivi social en identifiant ceux qui remplissaient les deux critères ci-dessus exposés. Une fois ces personnes identifiées, on a procédé à l'analyse de son état actuel de santé. Rappelons que la Clinique externe offre des services à des personnes porteuses d'un trouble mental grave, toujours associé à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles et les compétences sociales de base (MSSS, 2005). Dans ce contexte, les usagers de la clinique sont susceptibles de présenter des épisodes de décompensation allant parfois à nécessiter des séjours dans des centres de crise voire des hospitalisations. On a donc exclu ceux qui à ce moment-là, traversaient par une période de déstabilisation (ex. des épisodes psychotiques) qui pourrait compromettre leur compréhension du processus. Les personnes présentant des troubles cognitifs sévères ont été aussi exclues. À ce sujet, on a considéré qu'il est difficile d'envisager une relation de partenariat si les partenaires potentiels n'ont pas la capacité de collaborer de façon autonome et responsable. Dix candidats ont été retenus. Ces candidats ont été rejoints lors de leurs rendez-

vous de suivi déjà concertés avec mon superviseur de stage. Dans le cas où le rendez-vous avait été planifié trop loin dans le temps, on a contacté la personne par téléphone dans le but de fixer une rencontre plus proche. Lors de cette rencontre, mon superviseur de stage expliquait le projet à la personne et l'impact que pourrait avoir sa participation sur son bien-être en général. Il a été possible de cette façon de recruter neuf participants.

Comme on l'a remarqué au début de cette sous-section, la démarche d'élaboration et d'implantation du projet de stage dans le milieu a été longue et difficile par moments. Cependant, le travail et l'engagement des participants ont porté fruit. Le projet a été implanté à la clinique dans un format pratiquement identique à celui conçu au départ. Le prochain chapitre présente donc les résultats du projet d'intervention et propose une analyse critique de la démarche.

## **Chapitre 3 : Analyse critique du projet d'intervention**

Ce chapitre présente les différentes observations qui ont été relevées au cours de l'implantation de mon projet de stage. D'abord, un portrait des participants y est dressé. On fait une brève description des patients de la Clinique externe auprès desquels on est intervenu en accordant une attention spéciale à leurs problématiques principales. Ensuite, on décrit les membres de l'équipe ayant participé à la démarche. La deuxième section permet de faire le bilan de l'implantation du projet dans le milieu, en identifiant autant les facteurs ayant favorisé que ceux ayant fait obstacle à la démarche, toujours d'un point de vue organisationnel, professionnel et sociétal. Finalement, la troisième section de ce chapitre fait état du bilan de l'intervention mise en place dans le cadre de ce stage. Cette section expose les résultats constatés en fonction des objectifs établis. On y retrouve aussi une analyse critique des choix retenus en ce qui concerne la méthodologie, le cadre théorique et les approches d'intervention. En conclusion, ce chapitre présente des questionnements éthiques ayant été soulevés en cours de projet.

### **1. Portrait des participants**

#### **1.1 Les patients de la Clinique externe en Psychiatrie ayant participé à la démarche**

Parmi les bénéficiaires de la Clinique externe en Psychiatrie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), les participants au projet d'intervention sont au nombre de neuf, soit huit femmes et un homme, dont l'âge oscille entre 31 et 71 ans. Ils ont tous été diagnostiqués d'un trouble mental grave. Parmi les huit femmes, cinq présentent des troubles psychotiques, l'une d'elles souffrant en plus d'une organicité cérébrale en conséquence d'une lobotomie, alors que deux des autres ont un diagnostic de troubles cognitifs sévères associé à leur diagnostic psychiatrique principal. Les trois autres femmes ont été reconnues comme porteuses d'un trouble de l'humeur. Deux de ces dernières ont présenté dans le passé des problèmes de consommation d'alcool ou des substances stupéfiantes. Pour sa part, le participant de sexe masculin souffre des séquelles d'un traumatisme crânien se manifestant par des symptômes à caractère psychotique d'intensité variable.

Tous les participants sont célibataires. La plupart vivent seuls dans les quartiers d'Hochelaga-Maisonneuve et de Rosemont, excepté deux des femmes : la plus âgée, qui vit depuis longtemps dans une ressource de type familial à Pointe-aux-Trembles et la plus jeune, qui habite en appartement, mais toujours en compagnie de sa mère. La majorité des participants sont des Québécois francophones, outre deux femmes d'origine haïtienne. Les neuf participants ont terminé leurs études secondaires. Trois d'entre eux ont également obtenu un diplôme d'études professionnelles alors que deux autres ont décroché un diplôme universitaire en carrières techniques. Une des femmes, ayant fini ses études de niveau secondaire, souhaiterait continuer sa formation scolaire pour obtenir un diplôme en soins de beauté, mais les limitations imposées par sa maladie l'ont empêchée d'y arriver jusqu'à présent. Un des participants a un emploi, alors que les autres ont pour source de revenus des prestations d'aide sociale pour des individus dans l'incapacité de travailler en conséquence d'une maladie ou des prestations provenant de l'assurance emploi. Il y en a aussi une femme à la retraite après avoir longtemps travaillé pour une institution du gouvernement.

Les contextes familiaux desquels proviennent les participants sont aussi variés. Trois des participantes semblent entretenir une relation significative et positive avec au moins un membre de leur famille, ayant toujours reçu de leur part le soutien dont elles avaient besoin. Dans deux de ces cas, ce membre est la mère et pour la troisième, c'est une sœur la personne la plus proche. Pour trois des autres participants, les relations avec la famille sont inexistantes, ayant reçu de leur part un soutien déficient au cours de leur maladie. La septième participante a été aux prises avec des conflits familiaux à cause de sa consommation. Étant aujourd'hui sobre, elle cherche à améliorer ses liens familiaux, notamment avec ses enfants. En ce qui concerne les deux derniers participants, la relation avec la famille a un caractère ambivalent, allant du désengagement émotionnel à la génération des conflits parfois insolubles. Dans un de ces cas, la situation a été toujours aggravée par la présence des troubles mentaux tels que des épisodes dépressifs et des idées suicidaires parmi certains membres de la famille.

La plupart des participants au projet d'intervention sont isolés et présentent un réseau social se réduisant à très peu d'individus qu'ils considèrent comme significatifs. Ils ont peu d'amis et leur réseau social est surtout constitué des membres de leur famille. Par contre, deux des participantes



sont des personnes très engagées au sein de leur communauté. Une de ces femmes fait du bénévolat pour différents organismes, spécialement ceux qui s'occupent de la défense des droits des animaux. L'autre souhaiterait participer plus activement dans des activités sociales, mais est limitée à cause de ses problèmes de santé physique. La dimension spirituelle semble avoir beaucoup d'importance pour le participant du sexe masculin. Cependant, il n'a pas réussi à trouver un conseiller pour combler ce besoin, ce qui interfère avec ses progrès thérapeutiques.

Malgré l'hétérogénéité des participants, ils ont certains traits en commun. Toutes ces personnes vivent des situations supposant des besoins à combler dans plusieurs dimensions de leur vie. Leur maladie leur a imposé des limitations qui interfèrent de façon significative dans le développement de relations interpersonnelles satisfaisantes. Leurs compétences sociales de base et leur capacité fonctionnelle dans la production d'un travail sont aussi atteintes. Leur autonomie et leur épanouissement personnel sont compromis, particulièrement durant certaines phases critiques de leur maladie. En conséquence, la complexité de leurs problématiques exige que les expertises de plusieurs professionnels soient mises en commun dans la planification des soins et des services dont ils ont besoin. Le travail de concert d'une équipe interdisciplinaire s'impose dans le but de développer une compréhension globale de leur situation pour finalement mettre en place les conditions qui assureront une réponse optimale à leurs besoins.

## **1.2 Les membres de l'équipe interdisciplinaire ayant participé à la démarche**

Dans le Programme-clientèle de santé mentale, des professionnels ayant des formations différentes se côtoient et travaillent de concert pour offrir des soins et des services complets et de qualité à ses usagers (HMR, 2012). Mon projet de stage implique l'ensemble des professionnels faisant partie d'une des équipes multidisciplinaires œuvrant à la Clinique externe en Psychiatrie, à savoir : le psychiatre, les travailleurs sociaux, les infirmières, les psychologues, et les ergothérapeutes. Le champ de pratique spécifique de ces professionnels a permis une complémentarité des services pour répondre de façon optimale aux besoins de la clientèle ciblée. La composition de l'équipe soignante varie d'un participant à l'autre en dépendance des problématiques confrontées. Par exemple, lorsque la personne avait besoin d'un suivi de psychothérapie soit individuelle soit groupale, le psychologue à charge a été invité à la

démarche. Par contre, si les problèmes étaient d'ordre physique comme conséquence de la prise de médicaments, l'infirmière de la Clinique du suivi du syndrome métabolique faisait partie de l'équipe. Les seuls membres qui ont été présents au cours de toutes les séances d'intervention ont été le psychiatre et le travailleur social.

Il faut ajouter que lorsqu'on utilise le terme équipe, on fait référence aussi aux proches des personnes concernées par le projet. En effet, les membres des familles, qu'ils soient issus de la parenté proche ou du cercle de soutien élargi, constituent des partenaires essentiels dans le parcours de rétablissement (Commission de la santé mentale du Canada, 2012). Comme le soulignaient St-Onge et Lavoie (1997), les familles doivent être identifiées comme des interlocuteurs valables et des agents de première ligne dans le traitement de leurs proches. L'unité familiale constitue sans doute une source d'information précieuse pour l'équipe traitante en ce qui a trait à l'évolution des symptômes, à la réponse à la médication et à l'observance du traitement (Collette et coll., 2004). De même, lorsque les membres de familles sont vraiment acceptés en tant que collaborateurs, ils sont en mesure de tenir leur rôle d'expert de la situation et leur point de vue pourra être pris en considération à chacune des étapes de l'intervention, et plus particulièrement dans les prises de décisions importantes concernant le traitement. Il ne faut pas oublier que les membres de familles étaient présents avant l'émergence du trouble mental, ils détiennent donc une connaissance inestimable de la personne atteinte. De surcroît, ils sont les seuls à être en mesure d'assurer une présence et un soutien continus dans le milieu de vie (Morin, 2012). Après cette description sommaire des participants, la prochaine section présente un bilan de l'implantation du projet au sein de la Clinique externe.

## **2. Bilan de l'implantation du projet**

Différents facteurs organisationnels, professionnels et sociétaux ont influencé le projet en cours de route. Du point de vue organisationnel, un des éléments qui a facilité le processus d'implantation a été sans doute l'adoption par l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) d'une démarche d'amélioration continue de la qualité en regard au partenariat des soins et des services. Cette décision repose sur la volonté de l'institution de favoriser l'évolution des nouvelles pratiques vers une plus grande intégration des patients dans leur propre processus de soins

(HMR, 2013). Mon projet s'alignait largement avec les objectifs de l'établissement à ce sujet, ce qui lui a assuré un accueil chaleureux de la part des gestionnaires de la Clinique externe en Psychiatrie, milieu où l'on envisageait de le mettre en place.

En outre, comme résultat de cette démarche d'amélioration continue, quatre leaders de collaboration en l'établissement (LCE) avaient été identifiés à l'HMR. Le LCE est un professionnel formé par le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) pour devenir une personne ressource dans l'établissement en matière de pratiques collaboratives et de partenariat de soins et de services (CPASS, 2012). Ainsi, nous avons fixé une rencontre avec Mme Danièle Normandin, une de ces LCE, qui s'occupait spécifiquement de concerter les travaux de création d'un Guide pour l'élaboration du PII dans le service des maladies inflammatoires de l'intestin. Cette rencontre a été très productive, car on a échangé de l'information sur nos projets respectifs. Mme Normandin s'est montrée très ouverte et nous a fourni un portrait détaillé sur les progrès représentant l'utilisation des pratiques collaboratives dans l'équipe dont elle fait partie. Force est de dire que grâce à sa collaboration, on a disposé des repères pour élaborer certains des outils plus tard utilisés dans le cadre du projet (Voir ANNEXES B et C).

On avait aussi prévu organiser une rencontre avec Mme Véronique Wilson, chef de l'équipe du SIME en santé mentale et un autre des LCE. On considérait que l'échange avec elle serait d'utilité en raison de son expérience dans l'intervention auprès des personnes porteuses d'un trouble mental. Cependant, il a été impossible de concrétiser cette rencontre à cause de multiples conflits d'horaire. Finalement, cette personne a quitté ses fonctions. Sans considérer cette situation comme un obstacle majeur, on pourrait dire que cela nous a privés d'une source importante d'information en ce qui concerne les particularités des pratiques collaboratives auprès d'une clientèle en santé mentale, sujet, par ailleurs, peu abordé dans la littérature. Par contre, on a considéré l'absence dans les documents officiels de l'établissement d'orientations claires et explicites sur l'élaboration des Plans d'intervention interdisciplinaire (PII) comme un obstacle nuisant la démarche. Pendant l'étape de conception du projet, j'ai essayé de trouver des orientations me permettant une planification adéquate du processus d'élaboration des PII des personnes participantes. Cependant, il n'y avait aucun document officiel pouvant être utilisé

comme référence. Cette situation a impliqué l'utilisation d'un temps non négligeable consacré à la recherche intensive. Finalement, ce manque des repères m'a amenée à adopter comme un des objectifs du projet d'intervention la création d'un guide pratique dans le but de mieux définir le processus d'élaboration d'un PII. Ce guide permettrait d'harmoniser les pratiques à l'intérieur de la Clinique externe et assurerait la pérennité du projet, car d'ici en avant existerait un document précis pour guider ce genre d'intervention.

Au plan professionnel plusieurs facteurs ont facilité la démarche d'implantation. Premièrement, on comptait sur la collaboration d'une équipe de professionnels disposés à tester l'approche collaborative dans la Clinique externe. Les membres de cette équipe interdisciplinaire se sont montrés très ouverts et intéressés envers le projet d'intervention. Force est d'ajouter qu'ils sont des professionnels très engagés dans les démarches d'amélioration continue de la qualité du Programme-clients de santé mentale. De ce fait, ils étaient conscients des avantages que pouvait représenter la planification des services à partir d'une perspective de partenariat de soins, surtout en ce qui concerne l'adhésion de la personne à son traitement et sa participation active dans la consécution des objectifs. Par contre, du point de vue professionnel, le facteur principal ayant facilité la démarche demeure l'apport du superviseur de stage, Monsieur Benito Jimenes Garcia. Son expérience, sa grande connaissance du milieu et le lien de confiance qu'il a développé au fil des ans, autant avec les bénéficiaires ayant participé au projet qu'avec les professionnels qui ont accepté de travailler avec nous, ont grandement contribué au succès de l'implantation.

En ce qui concerne les obstacles, la difficulté la plus importante qu'on a affrontée pendant cette étape a été la collaboration des psychiatres. Au début, on voulait développer le projet seulement au sein d'une des équipes de la clinique. La raison principale de cette décision était que l'on connaissait la disposition à collaborer du psychiatre qui y appartenait. En cours de route, on a aussi analysé la possibilité de travailler avec tous les candidats qui remplissaient les critères de sélection, même s'ils étaient suivis par d'autres psychiatres. Cependant, il n'a pas été possible d'assurer la participation de ces médecins. Il serait intéressant de réfléchir comment encore aujourd'hui prime l'utilisation d'une approche biomédicale dans l'intervention auprès des personnes porteuses d'un trouble mental. Cette primauté tend à consolider la domination des

traitements pharmacologiques sans offrir à la personne la possibilité de participer activement au processus décisionnel précédant la sélection de son traitement. Force est d'ajouter qu'en raison des limitations fonctionnelles et sociales qu'imposent les troubles mentaux, les personnes qui en souffrent ont été souvent exclues de la prise des décisions qui les concernent.

Du point de vue sociétal, un des aspects qui a influencé positivement la démarche d'implantation du projet a été l'intérêt des gouvernements fédéral et provincial envers l'adoption d'une approche collaborative auprès des personnes porteuses d'un trouble mental. Cet intérêt a été exprimé dans plusieurs documents. Par exemple, la Commission de la santé mentale du Canada dans sa stratégie en matière de santé mentale (2009) encourage les personnes porteuses d'un trouble mental à participer activement dans la sélection des services qui leur conviennent le mieux. De leur côté, les professionnels de la santé et des services sociaux sont invités à établir de réels partenariats avec les usagers et leurs proches afin de les soutenir dans leur parcours vers le rétablissement. On a aussi constaté que parmi les normes utilisées par Agrément Canada (2013), plusieurs font référence à la participation des usagers et de leur famille dans la formulation des objectifs guidant les services qui leur sont dispensés. À cet égard, il y est établi que l'équipe soignante doit utiliser une approche interdisciplinaire pour offrir des services en santé mentale de qualité. Le document recueillant les normes utilisées par cette institution pour évaluer la qualité des services en santé mentale spécifie que l'équipe doit évaluer l'utilisateur en utilisant une approche holistique tenant compte des besoins physiques, psychologiques, spirituels et sociaux de celui-ci. Ce processus d'évaluation doit souligner les points forts, les besoins et les attentes de l'utilisateur, la participation de la famille y est également sollicitée. Finalement, il y a été établi que l'équipe doit travailler en collaboration avec l'utilisateur et sa famille pour élaborer un plan de services complet et intégré. Par ailleurs, le gouvernement du Québec, à travers ces différents plans d'action et politiques, reconnaît la capacité des personnes souffrant d'un trouble mental de participer activement aux décisions qui les concernent en travaillant toujours en partenariat avec leur équipe soignante (MSSS, 2005).

Somme toute, la démarche d'implantation dans le milieu s'est très bien déroulée. L'initiative d'élaborer les PII à partir d'une perspective de partenariat de soins a été bien accueillie dans le milieu de stage. En outre, l'idée d'élaborer un guide pour harmoniser les pratiques répondait à un

besoin que, même s'il n'avait pas été formellement exprimé, demeurait latent au sein du service. L'intervention s'est donc déroulée, il sera question de présenter le bilan dans la prochaine section.

### **3. Bilan de l'intervention**

#### **3.1 Le rétablissement : une expérience à multiples dimensions**

L'objectif général de la démarche d'intervention était de contribuer au rétablissement de personnes participantes au projet à partir de l'utilisation d'une approche collaborative dans la planification des soins et des services qui leur sont dispensés. En tant que construit, l'expérience du rétablissement repose sur de multiples dimensions, elles-mêmes constituées de plusieurs facteurs d'ordre personnel et environnemental (Jacobson et Greenley, 2001; Provencher, 2002; Noordsy et coll., 2002; Andresen et coll., 2003; Kelly et Gamble, 2005; Ralph, 2005). Compte tenu de sa complexité, diverses théories sont proposées pour mieux comprendre ce phénomène. De plus en plus, des indicateurs de résultats sont intégrés à ces modèles théoriques pour décrire les effets de l'expérience du rétablissement dans l'ensemble des diverses sphères de la vie de la personne (Provencher, 2007). Le modèle qui a retenu notre attention a été celui de Liberman et ses collaborateurs (2002, 2005). À l'intérieur de ce modèle, les indicateurs de résultats sont rattachés à quatre principaux domaines : les symptômes psychiatriques, les activités courantes de la vie (par exemple, l'hygiène, la gestion du budget, etc.), le travail ou les études ainsi que les activités sociales ou les loisirs.

En ce qui concerne les symptômes psychiatriques, des huit participants dont les PII ont été élaborés à partir d'une approche collaborative, cinq ont expérimenté une amélioration de leurs symptômes psychiatriques, dans la plupart des cas associée à une meilleure compliance à la médication. Une des participantes a reconnu que sa symptomatologie ne présentait pas des différences notables avec les symptômes expérimentés au début de la démarche. Pour les deux dernières, les symptômes avaient empiré, une d'elles ayant besoin d'être hospitalisée. Quant aux activités courantes de la vie, quatre des participants ont exprimé leur satisfaction par rapport aux acquis dans ce domaine par exemple le développement de leur autonomie et l'acquisition ou

l'amélioration des habiletés pour accomplir les activités de la vie quotidienne. Deux autres participants n'ont pas observé des changements significatifs dans ce domaine de leur vie tant que les deux dernières ont expérimenté des changements négatifs. Par exemple, une de ces personnes a été obligée de résilier son bail en conséquence d'une gestion déficiente de son budget. Pour ce qui est du travail ou des études, deux des participants ont expérimenté des améliorations, deux autres présentaient une situation stable, tandis que pour les quatre restants, cette dimension n'était pas considérée comme importante pour leur rétablissement n'ayant pas identifié des objectifs à travailler dans ce domaine pour les six prochains mois. Finalement, concernant les activités sociales ou les loisirs, cinq des participants ont expérimenté des améliorations traduites dans la participation à des activités sociales en lien avec leurs intérêts personnels, par exemple des activités de bénévolat dans des organismes de protection des animaux, des ateliers de cuisine, des centres de jours pour des personnes âgées, etc. Un des participants n'avait pas expérimenté des changements notables dans ce domaine alors que les deux dernières avaient empiré.

Malgré l'hétérogénéité des résultats, on peut finalement conclure que la démarche d'élaboration des PII à partir d'une approche collaborative a eu des retombées positives pour la plupart des participants. Ces impacts positifs sont observables surtout dans deux domaines : l'amélioration de la symptomatologie et la participation à des activités sociales et de loisir. En ce qui concerne les personnes dont l'état a empiré, ces changements ont été le plus souvent associés à des périodes critiques de leur maladie survenues suite à des événements négatifs difficiles à prédire dans le cadre du projet.

### **3.2 L'identification du projet de vie : une tâche difficile, mais incontournable**

Le développement chez les participants d'une attitude réflexive autour de leur projet de vie a été un des objectifs les plus importants du projet de stage, étant donné le rôle central de cette catégorie dans la planification des actions à exécuter par la suite. L'identification du projet de vie est une tâche difficile et complexe. Si l'on ajoute à l'équation les limitations présentées par les participants dans plusieurs sphères de leur fonctionnement psychique, alors on est conscient de l'ampleur des obstacles à surmonter. Dans ce contexte, on a été obligé à retravailler le concept de projet de vie et la façon de l'aborder. Plutôt que de référer à un plan à long terme, il a été plus

facile de promouvoir la formulation des besoins ou des attentes immédiats relatifs au fonctionnement quotidien de la personne. Dans le cas où cela a été possible, on est passé à la formulation des projets à court terme. On a convenu de se concentrer dans l'identification des objectifs de travail pour les six prochains mois étant donné que c'est le temps établi pour faire la première révision du PII. À ce moment, on aurait la possibilité de constater le niveau d'attente des objectifs fixés et de choisir de nouveaux objectifs, le cas échéant.

En ce qui concerne l'atteinte de cet objectif, on peut dire que la majorité des participants est arrivée à définir dans leurs propres mots ce qu'ils voudraient faire dans les six prochains mois de leur vie. Dans trois des cas, les besoins exprimés sont de caractère concret, par exemple : éviter une nouvelle hospitalisation, rester autonomes le plus longtemps possible et retrouver un équilibre satisfaisant par rapport aux effets secondaires produits par la médication. Trois participants ont exprimé des attentes plus élaborées : retrouver un emploi en accord avec sa formation, poursuivre des études universitaires, continuer à travailler comme bénévole dans des organismes de protection des animaux et participer à des activités de mobilisation sociale à ce sujet. Par contre, deux des autres participants n'ont pas été en mesure de concrétiser leurs désirs. Cela coïncide avec les deux dames les plus âgées, porteuses toutes les deux de troubles cognitifs associés à leur diagnostic psychiatrique. Avec ces deux participantes, on a dû réaliser un long travail d'accompagnement. On a essayé d'explorer, en utilisant des questions simples et des notions concrètes, leurs conditions de vie, leurs caractéristiques personnelles ainsi que leurs activités préférées. Les résultats obtenus ne correspondent pas aux efforts déployés pendant les séances d'intervention. Dans ces cas, l'intervention des proches a été très utile pour compléter le portrait de leur situation actuelle. La neuvième participante n'est pas encore arrivée à définir son projet de vie. Pour cette raison dans son cas, on a considéré de ne pas avancer à l'étape suivante d'élaboration de son PII. Cependant, on a continué à travailler avec elle en raison de son jeune âge. On est de l'avis que même avec les limitations imposées par sa maladie, elle conserve un certain potentiel qu'on ne doit pas mettre de côté.

On voudrait souligner que le travail a porté fruit en deux sens. Premièrement, on a réussi à identifier le projet de vie de la plupart des participants. De cette façon, on a construit les bases sur lesquelles reposeraient les prochaines étapes de l'intervention, telles que décrites dans le



chapitre précédent de cet essai. Deuxièmement, on a offert aux participants l'occasion de s'exprimer à propos de sujets importants, parfois oubliés dans la planification de leurs épisodes de soins. À travers l'écoute personnalisée, on a promu le travail sur l'expérience intérieure, le rapport à soi, mais aussi les relations aux autres. Cela nous a permis de nous éloigner du modèle psychiatrique prédominant dont les interventions sont le plus souvent axées sur la psychopharmacologie. On est donc parvenu à identifier des éléments permettant une planification des services vraiment axée sur les décisions des personnes concernées.

### **3.3 La reconnaissance des savoirs expérientiels des participants et le partage des responsabilités relatives au traitement**

Au sein des services actuellement dispensés en santé mentale, on accorde le plus souvent peu de légitimité à la parole des personnes concernées, à leur manière d'exprimer leur expérience et à leurs explications, réflexions et questionnements concernant cette expérience (Rodriguez et coll., 2008). Le savoir sur l'expérience n'est pas considéré comme un savoir légitime : il ne peut donc contribuer à renouveler le savoir expert censé être le seul acceptable (Rodriguez et coll., 2003). On a essayé de dépasser ce paradigme prédominant à travers l'instauration d'un climat de travail où l'équipe traitante reconnaissait le potentiel de la personne en portant une attention particulière à son point de vue. De cette façon, la personne percevrait davantage la relation avec les professionnels comme une relation d'équité où son opinion serait considérée et où l'on reconnaîtrait la valeur de son vécu expérientiel.

Une fois de plus, les résultats obtenus ont été différents parmi les neuf participants. Six d'entre eux sont parvenus à participer activement à la rencontre de concertation du PII. Ils ont été capables d'exprimer à différents degrés leurs points de vue en ce qui concernait leurs attentes par rapport à la démarche de rétablissement. Ils ont aussi identifié leurs compétences et leurs forces au quotidien. Ils ont de même échangé sur le choix des moyens, des actions, des stratégies ou des activités à mettre en œuvre par l'équipe soignante en vue de produire les changements souhaités (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, 2010). Il est décrit que les moyens décidés d'un commun accord favorisent, chez l'utilisateur et ses proches, le développement d'un sentiment de compétence et de confiance en leurs ressources (Diamond, 1985; Turmel, 1990).

On peut donc conclure qu'ils ont fait valoir leur expérience et leurs connaissances en ce qui concerne leur situation de santé et leur contexte de vie. De ce fait, l'équipe traitante a considéré qu'ils étaient prêts à assumer des responsabilités relatives à leur traitement. Ces responsabilités ont été accordées pendant la rencontre de concertation et incluses dans le PII. Pour les autres participantes, celles-ci n'ont pas exprimé de façon convaincante leur savoir expérientiel étant donné leur attitude plutôt passive tout au long de l'intervention. Dans ces cas, le choix des moyens d'intervention est revenu aux professionnels de l'équipe.

### **3.4 La capacité d'autodétermination**

On définit l'autodétermination comme les habiletés et attitudes requises chez une personne qui lui permettent d'agir directement sur sa vie et d'effectuer librement des choix non influencés par des agents externes indus (Chaire Technologies–Soutien–Autodétermination, 2009). On peut évaluer le niveau d'autodétermination à partir des quatre caractéristiques suivantes : le niveau d'autonomie; la capacité d'autorégulation du comportement; la capacité d'agir avec un *empowerment* psychologique; et la capacité d'autoréalisation (Chaire Technologies–Soutien–Autodétermination, 2009).

On a constaté dès les premières étapes du projet d'intervention que la capacité d'autodétermination divergeait d'un participant à l'autre. Il y en avait deux qui arrivaient à organiser leur quotidien de façon autonome notamment quand cela impliquait la prise de décisions élémentaires. Cependant, la régulation de leur comportement était définie le plus souvent, par l'intervention des membres de leur entourage plutôt que pour un processus de décision personnel. Pour quatre autres participants, ils agissaient d'une façon autoréglée, leur comportement étant déterminé par un processus de réflexion où leurs objectifs vitaux jouaient un rôle important. Par contre, ils n'avaient pas atteint un niveau important d'autoréalisation, car ils n'étaient pas, pour différentes raisons, parvenus à leurs buts. Pour les deux dernières participantes, elles n'arrivaient pas la plupart du temps à se comporter de façon autonome, ayant toujours besoin de l'intervention d'un tiers même pour planifier et organiser les activités de base.

On doit finalement reconnaître que, même si les actions de l'équipe traitante ont toujours été dirigées à favoriser chez les participants un comportement autodéterminé, on n'a pas obtenu dans tous les cas des résultats importants concernant cet objectif. On est d'avis que l'autodétermination est une capacité multifactorielle qui touche plusieurs dimensions importantes de la vie de l'individu. Il n'est pas possible d'en voir les impacts dans un laps de temps aussi court comme celui du stage. En ce qui concerne cet objectif du projet, on peut parler de l'identification du niveau d'autodétermination de chacun des participants plutôt que de l'obtention des résultats réels traduits dans des changements de comportement. Cela nous a permis par la suite d'accorder les actions et les moyens adéquats pour atteindre le niveau souhaité dans les cas où cela a été possible.

### **3.5 La prise de décisions éclairées**

Un autre objectif identifié était de contribuer à la formation des personnes participantes au projet pour qu'elles puissent prendre des décisions éclairées relativement à leur traitement et à leur vie en général. Une prise de décision éclairée signifie que la personne exprime sa volonté de son plein gré, sans subir de pressions ou de menaces externes et sans que ses facultés soient altérées. En outre, la personne doit avoir reçu toute l'information lui permettant de prendre une décision en pleine connaissance de cause (MSSS, 2009). De ce fait, l'équipe traitante s'est toujours préoccupée de fournir à la personne une information complète sur la nature et l'objet de l'intervention; les effets escomptés; les procédures utilisées et les risques possibles. Ces renseignements ont toujours été clairs et formulés dans un langage que la personne comprenait. De son côté, la personne était toujours encouragée à exprimer ses points de vue concernant autant les objectifs de l'intervention que les moyens de les atteindre.

Finalement, on peut affirmer qu'une fois conclue la démarche d'élaboration de leurs PII, six des participants au projet avaient une vision plus claire et plus complète de leur maladie et de ses conséquences sur les différentes sphères de leur vie. Cela a absolument eu un impact sur l'identification des objectifs à travailler dans les six prochains mois étant ceux-ci plus adaptés à leur situation. Par exemple, ces personnes ont compris l'importance du traitement pharmacologique pour leur stabilité en adoptant des mesures pour assurer sa continuité. Deux

parmi eux ont considéré que les effets secondaires des médicaments avaient un impact négatif sur leur santé physique qui empêchait leur pleine réalisation personnelle. Elles ont donc adopté comme des objectifs d'augmenter les activités physiques et de soigner leur alimentation et leur hygiène de vie en général. En ce qui concerne les deux dernières participantes, on ne peut pas assurer de leur part une vraie compréhension des aspects reliés à la nature et aux impacts de leur maladie. Leur comportement pendant les rencontres a toujours été passif en écoutant les interventions des membres de l'équipe traitante sans montrer des signes pouvant être traduits comme un réel entendement.

### **3.6 La création d'un Guide d'élaboration et de révision des PII**

La conception d'un guide pour l'élaboration et la révision des Plans d'intervention interdisciplinaire (PII) était le dernier des objectifs de mon projet de stage. Les guides de pratique sont des recommandations élaborées méthodiquement visant à aider les intervenants et les patients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés (Field et Lohr, 1990). Ces documents ont alors pour objet de fournir de l'information de façon claire, concise et facile à utiliser pour simplifier les actions des diverses parties prenantes pendant le processus de prise de décision (Graham et coll., 2006).

En lignes générales, la création du *Guide pour l'élaboration et la révision du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)* a suivi les trois étapes proposées par la méthode d'élaboration d'un guide de pratique de l'Institut national en santé et services sociaux (INESSS), soit : la décision de produire un guide, la collecte et l'analyse des données et l'implantation sur le terrain (INESSS, 2012). La décision de produire un guide correspond au besoin clairement exprimé par la chef de services ambulatoires du Programme-clientèle de santé mentale pendant la rencontre qui a eu lieu au début du stage dans le but de lui présenter le projet. À ce moment, l'objectif qu'on avait prévu était l'identification et la description sommaire des étapes de l'élaboration d'un PII, tout en spécifiant le rôle des participants. Cependant, on a considéré que l'élaboration d'un guide de pratique contribuerait à harmoniser la façon d'intervenir à l'intérieur du service et, par conséquent, à augmenter la qualité des soins et des services qui y sont dispensés. La collecte de données a été réalisée à partir de deux sources fondamentales. Premièrement, une recherche

documentaire a été effectuée pendant les mois d'octobre et de novembre 2013 de façon à obtenir un aperçu de la littérature sous-jacente aux thèmes émergents de la confection du guide. Parallèlement, j'ai participé à titre d'observatrice dans des rencontres d'élaboration du PII qui avaient été déjà planifiées dans le but de bien maîtriser les caractéristiques de la population ciblée pour élaborer un guide répondant vraiment à ses besoins. Comme résultat de ce processus, le Guide pour l'élaboration et la révision du Plan d'intervention interdisciplinaire a été mis au point pendant le mois de décembre 2013, étant discuté et analysé avec le superviseur de stage au début du mois de janvier 2014.

La version définitive du document a été analysée dans le Comité d'amélioration continue de la qualité du Programme-clientèle de santé mentale du mois de mars 2014. Ledit comité a reconnu que son utilisation contribuerait à améliorer la pratique des équipes œuvrant à la Clinique externe en Psychiatrie de l'HMR. Ensuite, le document a été soumis à l'analyse du Comité de gestion de la qualité et de risques qui devait finalement approuver son utilisation dans le programme. Ce comité a aussi tranché en faveur de l'utilisation du guide. Dorénavant, ce document de travail permettra d'harmoniser les pratiques à l'intérieur du service étant utilisé par l'ensemble des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes et des infirmiers du Programme-clientèle de santé mentale. L'implantation sur le terrain est donc prévue pour le mois de juin 2014. Une présentation dans les conférences scientifiques du département de psychiatrie a été aussi planifiée pour le mois de septembre 2014.

Ceci conclut la description des observations relevées en cours de projet. La prochaine section procède à l'analyse des choix méthodologiques du projet.

#### **4. Analyse des choix méthodologiques**

Le choix de la perspective bioécologique comme cadre d'analyse découle essentiellement de sa configuration théorique englobante et en constante évolution (Ndiaye et St-Onge, 2013). C'est le cadre considéré comme le plus pertinent pour décrire les concepts multifactoriels de collaboration, de santé mentale, de trouble mental et de rétablissement, tous au cœur de ce projet de stage. L'utilisation d'une perspective bioécologique a permis l'analyse de la situation des

personnes concernées par le projet en sa totalité, tout en identifiant leurs ressources pour définir, examiner et trouver des solutions aux problèmes qu'elles confrontaient. À travers cette perspective, on a réussi à installer un cadre de création de sens en partant de l'interaction entre l'individu et son environnement (Ndiaye et St-Onge, 2013).

Spécifiquement dans le cas des personnes participant au projet, toutes porteuses d'un trouble mental grave, l'utilisation de ce cadre d'analyse a permis de saisir dans sa globalité la complexité de leur situation. Elle a fourni une grille d'analyse et d'évaluation pour observer, étudier et comprendre l'individu et les systèmes complexes avec lesquels il est en interaction (Carignan, 2011). La prise en compte de ces facteurs a permis par la suite de planifier et de mettre en place des interventions portant sur l'interaction entre l'individu et son environnement et sur les influences entre les différents sous-systèmes composant cet environnement. En ce sens, on a évalué comment les différents sous-systèmes affectent la situation-problème vécue par l'individu et fournissent des réponses adéquates à ses besoins. Une fois ces éléments évalués, il a été plus facile de cerner les possibilités et les difficultés et de choisir des objectifs d'intervention ajustés aux besoins de la personne, mais aussi à son milieu de vie. Bref, l'utilisation de ce cadre d'analyse a permis de miser sur la capacité d'autodétermination de la personne ainsi que sur la capacité du milieu de vie à soutenir son fonctionnement social.

En outre, l'adoption de ce cadre d'analyse est aussi cohérente avec l'objet de l'acte professionnel des travailleurs sociaux œuvrant en milieu hospitalier. L'exercice de notre profession dans des hôpitaux a pour objectif la restauration de l'équilibre des conditions personnelles, familiales et sociales de l'individu afin de favoriser le maintien de sa santé et de renforcer ses capacités de réinsertion sociale (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 1999). À ce sujet, le travailleur social doit percevoir et comprendre la personne en tant que composante de systèmes interdépendants et potentiellement porteurs de changement pour intervenir auprès de son milieu de vie lorsque la restauration de l'équilibre de ses conditions le nécessite.

Le choix des approches d'intervention semble également très approprié. Les approches retenues pour guider l'intervention dans le cadre de ce projet ont été l'approche collaborative et l'approche axée sur le rétablissement. On trouve que les postulats de base de ces deux approches

rejoignent ceux de la théorie bioécologique dans la mesure où ils accordent une importance particulière aux forces et aux préférences de l'individu, privilégient des interventions axées sur la réciprocité des influences personne-environnement et stimulent l'optimisation des possibilités de l'individu dans son milieu de vie. À l'intérieur des principes du rétablissement, on s'éloigne de la vision patient-expert et l'on se dirige davantage vers une relation d'équité où l'opinion du patient est considérée et son vécu expérientiel reconnu. Cela nous a permis d'impliquer les participants au projet dans la prise des décisions concernant leur traitement de façon à devenir des sujets actifs dans la recherche des solutions. Dans ce contexte, les intervenants de l'équipe en santé mentale ont plutôt fait l'office de guides, en fournissant des informations et des ressources aux participants pour les aider à atteindre les buts qu'ils avaient préalablement déterminés, tout en respectant leurs choix en matière de modalités d'intervention. En ce qui concerne l'approche collaborative, son adoption a permis aux participants d'établir un dialogue franc et ouvert avec l'équipe soignante et avec eux-mêmes dans le but de mieux se connaître et de mobiliser les ressources nécessaires pour définir et atteindre leur projet de vie. L'utilisation de cette approche d'intervention a supposé l'implication active de la personne dans la planification des soins et des services dont elle est bénéficiaire en la plaçant directement au centre de la prise des décisions importantes. Travailler en partenariat avec le patient a signifié lui offrir l'opportunité de mieux se connaître pour finalement retrouver la capacité d'entreprendre des activités de façon autonome et autoréglée.

Le choix de l'intervention individuelle a été aussi une décision judicieuse. L'adoption de cette méthode d'intervention a contribué à l'établissement d'une relation étroite entre les membres de l'équipe soignante et les participants, ce qui a permis d'instaurer le climat de confiance indispensable pour l'analyse des besoins et des aspirations des personnes concernées. De cette façon, on a eu l'occasion d'identifier les attentes et les priorités du patient en fonction de son projet de vie et de s'informer de ses objectifs et limites face à la maladie et ses conséquences. Il faut souligner à ce sujet que pour les participants au projet la prise de conscience de leurs forces et leurs aspects à améliorer a été un élément important précédant la prise de décisions face aux choix de traitement. Ce partage de responsabilité dans la relation thérapeutique a favorisé le développement du pouvoir d'agir et de l'autodétermination des participants à travers leur participation active dans les décisions et actions qui les concernaient.

Finalement, l'élaboration du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) semble un modèle de pratique tout à fait pertinent pour intervenir auprès de cette clientèle. La promotion du travail interdisciplinaire a notamment été essentielle dans les secteurs où les problèmes dominants sont de nature chronique, la santé mentale étant considérée comme appartenant à cette catégorie (Fortier, 2004). Les situations complexes conjuguant des problématiques biopsychosociales importantes confrontées par les usagers de la Clinique externe amènent les intervenants à collaborer de façon intense et intégrée. L'utilisation de cet outil d'intervention a permis d'articuler une vision commune parmi les membres de l'équipe soignante. Le processus de collaboration mis en place dans les interventions en équipe a impliqué une synthèse des différentes perspectives pour mieux comprendre les problèmes complexes confrontés par les personnes participant au projet. Dans notre cas, le résultat de cette collaboration a été l'identification et la mise en place de solutions intégratives qui allaient au-delà d'une vision individuelle pour répondre de façon optimale à la complexité des besoins des participants.

Bien que nous estimions que certains objectifs du projet n'aient pas été atteints de la manière voulue en début de stage, nous sommes de l'avis que les choix méthodologiques ont été appropriés dans l'ensemble. Pour conclure ce chapitre, voici la présentation de questionnements éthiques constatés en cours de route.

## **5. Questionnements éthiques**

Deux questionnements éthiques ont été soulevés en cours de ce projet. Le premier est relié à un des facteurs d'exclusion identifiés pendant l'étape de recrutement, soit la présence des troubles cognitifs sévères. Les troubles cognitifs sévères affectent les fonctions intellectuelles (parfois dites supérieures) qui recouvrent la mémoire, les fonctions instrumentales, les fonctions exécutives et l'attention. Ces processus exercent des rôles de contrôle permettant la planification d'activités routinières, la résolution de problèmes, l'anticipation de raisonnement et la prise des décisions (American psychiatric association, 2004). Le développement d'une relation de partenariat devient difficile en présence des troubles cognitifs sévères étant donné que la personne a sérieusement affecté la capacité de collaborer de façon autonome et responsable dans la prise de décisions. Cependant, les troubles cognitifs ne se manifestent pas de la même manière



pour tous les individus, il y en a des cas où, même si la personne est porteuse de ce diagnostic, elle réussit à exécuter avec succès certaines activités de la vie quotidienne (American psychiatric association, 2004). Dans ce contexte, la question suivante s'est imposée : à partir de quel point jugerait-on comme invalidants les troubles cognitifs pour considérer la personne comme inapte à participer à notre projet? Le positionnement face à ce questionnement a été de faire une analyse profonde et individualisée de la situation des personnes porteuses des troubles cognitifs sévères dont la diversité des problématiques psychosociales exigerait l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire. Du moment où les membres de l'équipe soignante étaient de l'avis que la personne pouvait mobiliser, même à un niveau très bas, ses capacités intellectuelles, on devait collaborer pour l'aider à acquérir et manifester le degré d'autodétermination le plus élevé possible. À ce sujet, il faut souligner qu'on est très satisfait des résultats atteints dans les cas de deux personnes porteuses des troubles cognitifs qui ont participé au projet. Si bien l'intervention de ces personnes au processus n'a pas été aussi active et systématique que celle des autres participants, elles se sont senties entourées et soutenues pendant la planification de leurs soins, fait qui a sans doute exercé une influence positive sur leur stabilité émotionnelle.

Le deuxième questionnement éthique est relié au fait d'adopter les attentes et le projet de vie définis pour les participants comme les objectifs sur lesquels l'équipe soignante devait focaliser son intervention. Certains membres de l'équipe se posaient la question de comment persévérer dans l'élaboration du PII s'il y avait des conflits entre les attentes du patient et celles des intervenants. À ce sujet, on a convenu qu'il faudrait lâcher prise sur ce que l'on croit « être bon pour le patient » et partir de ce qui est important pour lui, car c'est vraiment l'essence du travail en partenariat avec la personne et ses proches. Dans les cas où la personne aurait de réelles difficultés pour identifier et pour exprimer ses attentes, l'équipe devait jouer le rôle d'accompagnateur en lui apportant les connaissances et l'information nécessaires tout au long du processus. On devait considérer que toutes les personnes ont un rythme de travail différent et que la capacité de l'équipe soignante à s'adapter au rythme personnel de chaque participant est une des clés du succès dans l'atteinte des objectifs.

Ce troisième chapitre nous a permis de faire une analyse critique du projet d'intervention dans sa globalité. Après avoir présenté un portrait général des personnes ayant participé à la démarche,

on a dressé un bilan complet du projet, de son implantation dans le milieu aux différentes observations permettant d'analyser l'atteinte des objectifs d'intervention établis. On a porté un regard critique sur les choix méthodologiques et soulevé quelques questionnements éthiques s'étant présentés en cours de route. Puisque la plupart des objectifs fixés ont été atteints, on estime que le projet d'intervention mis en œuvre dans le cadre de ce stage à la Clinique externe en Psychiatrie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a été un succès.

## Conclusion

Ce projet de stage visait à répondre à la question suivante : comment l'utilisation d'une approche collaborative dans la planification et l'organisation des épisodes de soins des personnes porteuses d'un trouble grave de la santé mentale peut-elle contribuer à leur rétablissement? Pour tenter de répondre à cette question, une des équipes des professionnels œuvrant à la Clinique externe en Psychiatrie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) a élaboré le Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) de neuf des usagers à partir des principes du partenariat de soins et de services. Cette démarche visait à stimuler la participation des personnes concernées dans la prise de décisions importantes relatives à leur traitement. L'objectif général était de contribuer au rétablissement des participants au projet à partir de l'utilisation d'une approche collaborative dans la planification des services dont ils avaient besoin. Les autres objectifs étaient de développer une attitude réflexive des participants autour de leur projet de vie, de valoriser la reconnaissance des savoirs expérientiels et le partage des responsabilités relatives à leur traitement, d'augmenter progressivement leur capacité d'autodétermination, de contribuer à la capacitation des personnes participantes afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées et de créer un guide de pratique pouvant être utilisé comme référence pour l'ensemble des professionnels œuvrant dans le milieu de stage.

En première partie de cet essai critique ont été recensés des écrits portant sur la participation des personnes atteintes d'un trouble mental grave dans la prise de décisions les concernant. Les textes recensés nous ont permis de comprendre que la santé mentale doit être comprise dans un sens beaucoup plus ample que ce qui implique l'absence d'une maladie. Elle est essentielle à la santé globale d'un individu et à son complet épanouissement. Quant à eux, les troubles mentaux provoquent des changements complexes qui affectent à des degrés divers les différents aspects de la vie personnelle et sociale, tant de la personne atteinte que de son entourage. En raison des limitations fonctionnelles et sociales qu'imposent ces affections, les personnes qui en souffrent ont été souvent exclues de la prise des décisions relatives à leur traitement. Malgré le long chemin parcouru pour faire valoir les droits des personnes porteuses d'un trouble mental, encore aujourd'hui persiste la primauté de l'approche biomédicale qui tend à consolider la domination des traitements pharmacologiques et donc, du savoir d'expert. Cette réalité conditionne que la

liberté de choix des personnes et la possibilité d'établir leur propre cheminement soit fortement limitée. Ce constat nous a fait questionner sur la pertinence de tester une autre approche d'intervention privilégiant davantage la reconnaissance du savoir expérientiel acquis pour les personnes aux prises avec un trouble de la santé mentale au cours de leur maladie. À ce sujet, l'approche collaborative nous a semblé la plus intéressante. À la lumière des résultats obtenus, on peut affirmer que l'utilisation de cette approche a favorisé l'émergence de solutions novatrices partagées au sein de l'équipe traitante, où les personnes participant au projet ont toujours joué un rôle actif dans la prise des décisions qui les concernaient. Il ne s'agissait pas uniquement de les informer ou de tenir compte de leurs besoins. Il a été question de les impliquer vraiment dans leur processus de soins et de les accompagner dans le développement de leurs compétences et connaissances afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées relativement à leur traitement et à leur vie en général.

Les différentes observations laissent penser que l'intervention expérimentée durant ce stage offre une bonne piste de réponse à la question de départ du projet. Plusieurs des participants ont exprimé combien ils étaient heureux de voir que maintenant on prend en considération leurs opinions. Ils se sont montrés très reconnaissants de la confiance que leur a témoignée l'équipe traitante au cours de la démarche. Finalement, un des participants a souligné que cette nouvelle façon de travailler ensemble est pleine d'espoirs pour les patients et qu'ils ne seront plus seuls avec leur maladie. En ce qui concerne les objectifs, ceux touchant l'identification du projet de vie, la reconnaissance des savoirs expérientiels, le partage des responsabilités relatives au traitement et la capacitation afin de prendre des décisions éclairées semblent avoir été atteints. Pour ce qui est la capacité d'autodétermination, bien que cet objectif n'ait pas été atteint de la manière voulue en début de stage, il n'en demeure pas moins qu'il a été abordé durant l'intervention. Finalement, des actions ont été mises en place pour favoriser une attitude autodéterminée chez les participants dans l'avenir dans le but de contrer les difficultés constatées. Il nous semble que le dernier des objectifs, soit la décision de créer un guide de pratique, mérite une mention particulière. La création d'un guide de pratique pouvant être utilisé comme référence pour l'ensemble des professionnels œuvrant dans le milieu de stage s'est avérée en cours de route comme une décision très judicieuse. À l'avenir, le Programme-clientèle de santé mentale de l'HMR pourra compter sur un document officiel qui établit des orientations

claires et explicites sur la façon d'élaborer les Plans d'intervention interprofessionnels (PII). Cela, à notre avis, contribue de façon incontestable à assurer la pérennité de ce projet de stage dans le milieu.

L'implantation et l'expérimentation d'une démarche de partenariat des soins dans un milieu d'intervention de deuxième ligne en santé mentale a été une expérience très enrichissante. Tout d'abord, il a été très original d'utiliser une approche collaborative dans un milieu de stage plutôt axé sur une approche biomédicale, qui appuie ses pratiques cliniques principalement sur le savoir d'expert issu de la recherche scientifique. Présenter un projet d'intervention basé sur la reconnaissance des savoirs expérientiels des participants et centré sur leurs projets de vie est donc forcément innovateur, puisque cela implique une méthode de travail essentiellement différente. Il faudrait aussi souligner que ce projet d'intervention a été construit en cohérence avec les valeurs fondamentales de la discipline du travail social notamment le respect de la personne, de sa dignité, de son individualité ainsi que de son droit à l'autodétermination. Il contribue à souligner l'importance capitale de la présence du travailleur social à l'intérieur des équipes soignantes en santé mentale. Dans ce contexte, notre rôle comme des professionnels consiste à identifier les liens entre l'état actuel de la personne et son environnement, tout en dévoilant la dialectique existante entre l'individuel, le familial et le collectif.

Or, malgré les avantages que représente l'utilisation de ce modèle d'intervention, on a constaté sur le terrain que l'établissement d'un réel partenariat avec le patient et ses proches constitue tout un défi dans le contexte actuel de la pratique psychiatrique. En effet, depuis quelques années, l'accent se déplace de plus en plus vers une recherche de standardisation et de rentabilité économique des modes de soin (Rodriguez et Poirel, 2001; De Plaen, 2006; Dorvil, 2007). Dans ce contexte, les praticiens œuvrant en milieu hospitalier se font souvent rappeler qu'on attend d'eux une implication à la fois plus restreinte et plus pointue dans les situations cliniques concernées (De Plaen, 2006). Certains auteurs considèrent que les indicateurs de performance ne sont pas adaptés à la pratique collaborative. Par exemple, ces indicateurs sont le plus souvent quantitatifs, alors que les effets de la pratique collaborative seraient plutôt d'ordre qualitatif (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2012). Ainsi, une vision « actuarielle » du système de santé semble dominante à travers laquelle les attentes

administratives sont davantage axées sur les processus de productivité tels que le nombre de patients vus par jour par professionnel et la durée du séjour dans les salles d'hospitalisation, que sur des aspects comme le bien-être des patients et des professionnels, leurs besoins, leur satisfaction et leur engagement. En outre, le contexte de pratique est soumis à des exigences de performance et à un rythme accéléré alors que la mise en place de la pratique collaborative demande l'acclimatation à une nouvelle culture du travail. D'après certaines études (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnel, 2012), les exigences de productivité imposées par les ASSS et le MSSS à l'heure actuelle, laissent peu de latitude pour favoriser la mise en place de la pratique collaborative dans les établissements de santé et des services sociaux.

Nous retenons de ce projet que bien que dès le début de leur processus de soins les patients ne soient pas tous naturellement des partenaires pour l'équipe qui les accompagne, ils ont le potentiel de le devenir. Pour cette raison, il est essentiel qu'ils se voient offrir la possibilité de participer activement à leur traitement dans la mesure de leurs capacités.

## Bibliographie

- Agrément Canada (2013). *Services de santé mentale. Normes de qualité*. Ottawa : Agrément Canada.
- American psychiatric association (2004). *Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques*. Traduction française par J.-D. Guelfi et coll. Paris : Masson.
- Amiguet, O. & Julier, C. (1996). Introduction à la pensée systémique. Dans *L'intervention systémique dans le travail social. Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques* (p. 37-47). Genève: Éditions IES.
- Andresen, R., Oades, L. & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 37 (5), 586-594.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11-23.
- Arean, P. (2008). Effectiveness of problem-solving therapy for older, primary care patients with depression: Results from the IMPACT project. *Gerontologist*, 48(3), 311-323.
- Association des psychiatres du Canada (2005). Guide de pratique clinique. Traitement de la schizophrénie. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 50(1), 1-61.
- Bachand, A. (2012). *L'imposture de la maladie mentale. Critique au discours psychiatrique*. Montréal : Éditions Liber.
- Beaunoyer, R. (2010). Le mouvement et le système. Dans *Le soutien dans une approche alternative... pour et avec les personnes dans leur communauté. Document synthèse de la Rencontre nationale des membres du RRASMQ* (p.6-8). Montréal : RRASMQ.
- Bédard, D., Lazure, D. & Roberts, C.A. (1962). *Rapport de la Commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques (rapport Bédard)*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Bellemare, L. (2000). L'approche systémique : une histoire de familles. *Revue québécoise de psychologie*, 21(1), 75-91.
- Berquin, A. (2009). *Les soins de santé entre standardisation et personnalisation*. Paris : Seli Arslan.
- Bilodeau, G. (2005). *Traité de travail social*. Rennes : Éditions de l'École nationale de la santé publique.
- Borrell-Carrió F, Suchman, A.L. & Epstein, R.M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*, 2(5), 76-82.

- Bourgon, M. (2007). L'intervention individuelle en travail social. Dans J.-P., Deslauriers et Y., Hurtubise (dir.), *Introduction au travail social* (p. 121-141). Québec : Presses de l'université Laval.
- Bracken, P., Giller, J.E. & Summerfield, D. (1997). Rethinking mental health work with survivors of wartime violence and refugees. *Journal of Refugee Studies*, 10 (4).
- Bronfenbrenner, U. (1974). Developmental research, public policy, and the ecology of childhood. *Child development*. 45 (1).
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiment by nature and design*. Boston: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 733-742.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. Dans T. Hussen et T.N. Postlethwarte (éd.). *The international encyclopedia of education*. (2de éd., Vol. 3, p. 1643-1647). New York: Elsevier Science.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. Dans N.J. Smelser et P.B. Baltes (dir.). *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*, (vol. 10, p. 6963-6970). New York: Elsevier.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human. Bioecological perspectives of human development*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P.A. (2006). The bioecological model of human development, dans R.M. Lerner (dir.), *Theoretical models of human development*, vol. 1, *Handbook of child psychology* (6<sup>e</sup> édition, p.793-828). Hoboken (N.J.): John Wiley & Sons.
- Careau, E., Vincent, C. & Swaine, B. (2011). Consensus group session of experts to describe interprofessionnal collaboration processes in team meetings. *Journal of interprofessional care* (sous presse).
- Carignan, L. (2011). Principales approches en travail social. Dans D., Turcotte et J.-P., Deslauriers (dir.), *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (p.141-163). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Carpenter, J. (2002). Mental health recovery paradigm. Implications for social work. *Health and social works*, 27(2), 86-94.
- Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) (2012). *Démarche d'amélioration continue du partenariat de soins et de services*. Montréal : Université de Montréal.



- Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) (2013). *Atelier de formation PII*. Montréal : Université de Montréal.
- Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Le Bouclier (2004). *Document de référence pour l'évaluation des plans d'intervention individualisés (PII)*. Repéré à [http://www.bouclier.qc.ca/SiteCollectionDocuments/Plan%20d\\_intervention%20individualise%20Chapitres%201%20et%202.pdf](http://www.bouclier.qc.ca/SiteCollectionDocuments/Plan%20d_intervention%20individualise%20Chapitres%201%20et%202.pdf)
- Centre de réadaptation InterVal (2011). *Le Plan d'intervention individualisé (PII)*. Repéré à [http://www.centreinterval.qc.ca/client/documentation/Guide\\_PII\\_\\_version\\_finale\\_septembre\\_2011\\_.pdf](http://www.centreinterval.qc.ca/client/documentation/Guide_PII__version_finale_septembre_2011_.pdf)
- Cérisier, J.F. (2004). *L'apprentissage collaboratif en réseau*, Master en ingénierie des médias pour l'éducation. Paris : Université Poitiers.
- Chaire Technologies-Soutien-Autodétermination (TSA) (2009). À la découverte de l'autodétermination. *Info-Clic TSA*, 1(2), 7-9.
- Clément, M. (2011). La participation, les temps de la parole et le mouvement des usagers des services de santé mentale au Québec. *Le partenaire*, 20(2), 4-13.
- Colin C., Turpin P. & Garant E. (2010). *Les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle au sein du RUIS de l'Université de Montréal : Résumé exécutif et recommandations du Rapport d'étape juin 2009-mai 2010*. Montréal : RUIS de l'Université de Montréal.
- Collette, S., Lalonde, P. & Jalbert, C. (2004). Approches familiales. Dans T. Lecomte et C. Leclerc (éd.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (p. 231-252). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Collin, J. (2005). Médicament psychotrope : quelques mythes à détruire. *Cahiers de recherche sociologique*, 41(2), 115-134.
- Collin, J. & Suissa, J. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 25-33.
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (2013). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Repéré à [www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide\\_implantation.pdf](http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide_implantation.pdf)
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (2012). *Pratique collaborative : engagement et leadership*. Repéré à [http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Rapport\\_engagement\\_et\\_leadership.pdf](http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Rapport_engagement_et_leadership.pdf)

- Commissaire de la santé et du bien-être du Québec (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux*. Québec : Bibliothèque nationale du Québec.
- Commission de la santé mentale du Canada (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Repéré à [www.commissionsantementale.ca](http://www.commissionsantementale.ca).
- Commission de la santé mentale du Canada (2012 a). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Repéré à [www.commissionsantementale.ca](http://www.commissionsantementale.ca)
- Commission de la santé mentale du Canada. (2012 b) *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Repéré à [mentalhealthcommission.ca/Francais/node/5128](http://mentalhealthcommission.ca/Francais/node/5128)
- Corin, E. & Harnois, G. (1991). Problems of continuity and the link between cure, care, and social support of mental patients. *International journal of mental health*, 20(3), 13-22.
- Corin, E., Guay, L. & Rodriguez, L. (1996). Les figures de l'aliénation : un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 15(2), 45-67.
- Corin, E., Rodriguez, L. & Guay, L. (1999). *Le rapport à l'hospitalisation et aux services psychiatriques*. Montréal : RRASMQ.
- Corin, E. (2002). Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie? Retrouver sa voix? *Santé mentale au Québec*, 27(1), 65-82.
- Damant, D., Poirier, M.-A. & Moreau, J. (2001). Ça prend tout un village pour élever un enfant. Une approche écologique visant le développement des enfants. Dans H. Dorvil et R. Mayer (éd.), *Problèmes sociaux. Études de cas et interventions sociales. Tome II* (p. 319-336). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- D'Amour D., Sicotte C. & Lévy R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17 (3), 67-93.
- Davidson, L. et Strauss, J.S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British journal of medical psychology*, 65, 131-145.
- Deegan, P.E. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11, 11-19.
- Deegan, P.E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social works in health care*, 25(3), 11-24.

- Deegan, P.E. (2001). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. *Occupational therapy in mental health. A journal of psychosocial practice and research*, 17, 5-21.
- De Plaen, S. (2006). Travailler avec les jeunes issus de l'immigration : vers une pratique pédopsychiatrique culturellement sensible. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 123-134.
- Diamond, R. (1985). Drugs and the quality of life: the patient's point of view. *Journal of clinical psychiatry*, 45(5), 29-35.
- Dorvil, H. (1987). Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-Hyppolite Lafontaine. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 79-89.
- Dorvil, H. (2006). Prise de médicaments et désinstitutionnalisation. Dans J. Collin, M. Otero et L. Monnais (dir.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine : regards croisés sur un objet complexe* (p. 35-66). Montréal : PUQ.
- Dorvil, H. (2007). Profilage diagnostique et traitement des troubles mentaux. Les attitudes de la société. Dans H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux. Tome IV. Théories et méthodologies de l'intervention sociale* (p. 271-298). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Field, M.J. & Lohr, K.N. (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.
- Fleury, M.J. (2010). Professional service utilisation among patients with severe mental disorders. *Health services research*, 10(1), 141-152.
- Fouriez G. (2001). Fondements épistémologiques pour l'interdisciplinarité. Dans Y. Lenoir, B. Rey et I. Fazenda (éd.), *Les fondements de l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement* (p. 67-84). Sherbrooke : Édition du CRP.
- Fortier, L. (2004). *Des alliances au quotidien. La base de la collaboration interprofessionnelle*. Repéré à [www.hlhl.qc.ca](http://www.hlhl.qc.ca)
- Fowler, D., Garety, P. & Kuipers, E. (1999). Thérapie cognitive comportementale des psychoses. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 61-88.
- Frese, F.J. & Davis, W.W. (1997). The consumer-survivor movement, recovery and consumer professionals. *Professional psychology: research and practice*, 28, 243-245.
- Friedberg E. (1993). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*. Paris: Éditions du Seuil.
- Funk, M., & Saxena, S. (2010). *People with mental disabilities cannot be forgotten*. Repéré à [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental\\_disabilities\\_20100916/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/en/index.html).

- Gagné, J. (1996). Le « virage ambulatoire » en santé mentale : un détour qui évite l'alternative? *Santé mentale au Québec*, 21(1), 15-26.
- Gagné, J. (2010). Transcription de l'allocution de Cécile Rousseau sur les effets symboliques de la médication. *L'autre espace. Revue de la RRASMQ*, 2(2), 10-13.
- Gélinas, D. (1999). Médication et réadaptation psychosociale. *Le partenaire*, 8(1), 1-3.
- Gélinas, D. (2009). Mise à jour des points de repère pour différencier le soutien d'intensité variable du suivi intensif au Québec. *Le partenaire*, 18(3), 4-43.
- Germain, C.B. & Gitterman, A. (1995). Ecological perspective. Dans *The encyclopedia of social work* (19<sup>e</sup> édition, p. 816-824). Washington (D.C.): National Association of Social Worker Press.
- Goulet, D. (2004). *L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, une histoire médicale. 1954-2004*. Montréal : Les éditions du Septentrion.
- Gouvernement du Canada (2006). *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie*. Ottawa : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.B., Straus, S.E., Tetroe, J., Caswell. W &, Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *The Journal of continuing education in the health professions*, 26(1), 13-24.
- Greene, R.R. (2008). *Human behavior and social work practice* (3<sup>e</sup> édition). New-Brunswick (N.J.) : Aldine Transaction.
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre affilié à l'Université de Montréal (HMR) (2009). *Plan d'organisation de l'établissement : situer l'usager au centre de nos décisions...* Montréal : Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre affilié à l'Université de Montréal.
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre affilié à l'Université de Montréal (HMR) (2010). *Programme de stages et d'internat en psychologie et neuropsychologie (volet clinique)*. Repéré à <http://www.maisonneuve-rosemont.org/doc/hopital/enseignement/CP-DSM-014.pdf>
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre affilié à l'Université de Montréal (HMR) (2011). *Ensemble, pour soigner, transmettre nos connaissances et en créer de nouvelles : plan stratégique 2011-2014*. Repéré à [http://www.maisonneuve-rosemont.org/doc/hopital/documents/plan%20strategique/Plan%20strategie%20HMR%202011\\_version%20integrale\\_final\\_110822.pdf](http://www.maisonneuve-rosemont.org/doc/hopital/documents/plan%20strategique/Plan%20strategie%20HMR%202011_version%20integrale_final_110822.pdf)
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre affilié à l'Université de Montréal (HMR) (2012). *Programme-clientèle de santé mentale. Les services du programme-clientèle de santé*

*mentale*. Montréal : Service de la gestion d'information. Direction des ressources technologiques et informationnelles.

Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre affilié à l'Université de Montréal (HMR) (2013a). *Rapport annuel de gestion 2012-2013*. Repéré à [http://www.maisonneuve-rosemont.org/doc/VF\\_Rapport%20annuel%20HMR%202012-2013](http://www.maisonneuve-rosemont.org/doc/VF_Rapport%20annuel%20HMR%202012-2013)

Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre affilié à l'Université de Montréal (HMR) (2013b). *Bulletin annuel des activités en enseignement clinique de la DSM 2012-2013*. Montréal : Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre affilié à l'Université de Montréal

Houghton, J.F. (1982). First person account: maintaining mental health in a turbulent world. *Schizophrenia bulletin*, 8, 548-552.

Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (2010). *Guide d'élaboration de Plans d'intervention interdisciplinaires*. Québec : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2012). *Vers l'élaboration d'un guide de pratique dans le secteur des services sociaux. Position du Comité sur les guides de pratique en services sociaux de l'INESSS*. Repéré à [inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explications. *Psychiatric services*, 52, 482-485.

Kelly, M. & Gamble, C. (2005). Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12, 245-251.

Kessler, R.C., & coll. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health services research*, 36(6), 987-1007.

Kopelowicz, A. & Liberman, R. (2003). Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatric services* 54(11), 1491-1498.

Kretzmann, J. & McKnight, J. (1993). *Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community's assets*. Chicago: ACTA Pub.

Kurzban, S., Davis, L., & Brekke, J. S. (2010). Vocational, social, and cognitive rehabilitation for individuals diagnosed with schizophrenia: a review of recent research and trends. *Current psychiatry reports*, 12(4), 345-355

Lalonde, P., Aubut, J. & Grunberg, F. (2001). *Psychiatrie clinique : Une approche biopsychosociale*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Landry Balas, L. (2008). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal

- Lasvergnas, I. & Gagné, J. (2000). *Vingt ans plus tard, l'an 2000 : entre bilan et nouvelles avenues, où se situe le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec?* Repéré à <http://www.santementaleauquebec.ca/document/ressource/03Lasver.pdf>
- Leblanc, J. (1999). Troubles de l'humeur (affectifs). Dans P. Lalonde, J. Aubut et F. Grunberg (dir.), *Psychiatrie clinique : Une approche biopsychosociale* (p.286-329). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Lecomte, Y. & Gagné, J. (2000). *Les ressources alternatives de traitement*. Québec : Santé mentale au Québec/RRASMQ.
- Lecomte, Y. (2008). Évolution de la pensée critique en santé mentale au Québec, dans Y. Lecomte, B. Côté et C. Marcotte (dir.), *La pensée critique en santé mentale* (p.21-58). Montréal : Éditions Revue Santé mentale au Québec.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia bulletin*, 15, 197-200.
- Lerner, R.M. (2005). Forework Urie Bronfenbrenner: career contribution of the consummate developmental scientist. Dans U. Bronfenbrenner (dir.), *Making human beings human. Bioecological perspectives of human development*, p. ix-xxvi. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Liberman, R. P. & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: A challenge for the 21st century. *International review of psychiatry*, 14, 245-255.
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J. & Gutkind, D. (2005). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. Dans Davidson, L., Harding, C., Spaniol, L. (éd.). *Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice. Tome I* (p. 260-292). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.
- MacIntosh J. & McCormack D. (2001). Partnerships identified within primary health care literature. *International journal of nursing studies*, 38, 547-555.
- Martel, S., & Pratte, A. (2011). *Guide d'accueil des nouveaux employés*. Montréal : Direction des services multidisciplinaires. Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre affilié à l'Université de Montréal.
- Massa, H. (2002). *Fondements de la pratique de l'approche systémique en travail social*. Repéré à [http://mail.sygmaplus.com/fichiers/articles/art\\_massa\\_systemie.pdf](http://mail.sygmaplus.com/fichiers/articles/art_massa_systemie.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1989). *Politique de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de Santé et des Services sociaux (MSSS) (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*. Québec : Gouvernement du Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Québec : Bibliothèque nationale du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2005) *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Repéré à [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2008). *En bref, le système de santé et de services sociaux au Québec*. Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/58f4c101dd900a47852574100042426d?OpenDocument>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2009). *Guide pratique sur les droits en santé mentale. Réponse aux questions des membres de l'entourage de la personne ayant des problèmes de santé mentale*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2010). *Consultation nationale pour l'évaluation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Québec : Bibliothèque nationale du Québec.
- Mohatt, G. V. (1989). The community as informant or collaborator? *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 2(3), 64-70.
- Moreau, A.C., Robertson, A. & Ruel, J. (2005). De la collaboration au partenariat : analyse des recensions antérieures et prospectives en matière d'éducation inclusive. *Éducation et francophonie*, 33(2), 142-169.
- Morin, M-H (2012). D'agent causal... à famille compétente : un regard sur la transformation du rôle des membres de familles dans les pratiques en santé mentale. *Le partenaire*, 20(4), 4-10.
- Mynors-Wallis, L. (2001). Problem-solving treatment in general psychiatric practice. *Advances in psychiatric treatment*, 7(6), 417-425.
- Ndiaye, L.D. & St-Onge, M. (2013). Les pratiques collaboratives : nouveau fétichisme ou « praxis » renouvelée dans le champ de la santé mentale des enfants? De la nécessité d'une halte dans l'instant des sens. *Revue internationale enfance, famille, générations*, 18, 138-158
- Noordsy, D. L., Torrey, W. C., Mead, S., Brunette, M., Potenza, D. & Copeland, M. E. (2000). Recovery oriented psychopharmacology: Redefining the goals of antipsychotic treatment. *Journal of clinical psychiatry*, 61(3), 22-29.

- Oandasan, I., Baker, R. G., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., Kimpton, S., Lemieux-Charles, L., Nasmith, L., San Martin Rodriguez, L., Tepper, J. & Way, D. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) (2011). *Évaluer une personne ayant un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité. Lignes directrices*. Montréal : OTSTCFQ.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) (2012). *Référentiel d'activité professionnelle lié à la profession de travailleur social*. Montréal : OTSTCFQ.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Énoncé de position*. Montréal : OTSTCFQ.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (1999). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier*. Montréal : OTSTCFQ.
- Organisation mondiale de la santé (2001 a). *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr>
- Organisation mondiale de la santé (2001 b). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2013) *Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Repéré à [apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_10Rev1-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-fr.pdf)
- Panitz, T. (1996). *A definition of collaborative vs cooperative learning*. Repéré à <http://www.city.londonmet.ac.uk/deliberations/collab.learning/panitz2.html>
- Panitz, T. (1999). *Collaborative versus cooperative learning: a comparison of the two concepts which will help us understand the underlying nature of interactive learning*. Educational Resources Information Center - ERIC (ED 448 443), 1-13.
- Pettie, D. & Triolo, A.M. (1999). Illness as evolution: the search for the identity and meaning in the recovery process. *Psychiatric rehabilitation journal*, 22, 255-262.
- Poinsot, R. & Antoine, P. (2007). Une approche psychothérapique méconnue : la résolution des problèmes sociaux. *Annales médico-psychologiques*, 165(9), 638-644.



- Poirel, M-L., Corin, E. & Rodriguez, L. (2012). Traiter dans la communauté. Un regard alternatif sur des enjeux de bonnes pratiques en santé mentale. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 31(2), 1-16
- Pomey, M.-P. & Ghadi, V. (2009). La participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé : une dynamique encore à construire. *Santé, société et solidarité*, 20(2), 53-61.
- Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) (2006). *Passeur de liens. Rapport annuel 2005-2006*. Québec : PECH.
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64.
- Provencher, H. L. (2007). Le paradigme du rétablissement : une expérience globale de santé. *Le partenaire*, 15(1), 4-12.
- Ralph, R. O. (2005). Verbal definitions and visual models of recovery: focus on the recovery model. Dans Ralph, R. et Corrigan, P. W. (éd.), *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness* (p. 131-145). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rapp, C.A., & Gosha, R.J. (2004). The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 319-333.
- Rapp, C.A., Saleebey, D. & Sullivan, W.P. (2005). The future of strengths-based social work. *Advances in social work*, 6(1), p. 79-90.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork in health and social care*. Caïpe : Wiley-Blackwell.
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). (2011). *Schéma des pratiques de collaboration en santé et services sociaux, Guide d'accompagnement. Document de travail*. Repéré à <http://www.rcpi.ulaval.ca>
- Rocher, G. (1970). Réflexions sociologiques sur le service social au Canada français. *Service social*, 9(1), 57-70.
- Rodriguez, L. & Poirel, M-L. (2001). *La gestion autonome de la médication : pour une contribution au renouvellement des pratiques en santé mentale*. Montréal : ÉRASME/RRASMQ.
- Rodriguez, L., Corin, E. & Poirel, M-L. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie*, 22(2), 201-223.

- Rodriguez, L., Poirel, M-L., Rousseau, G., Perron, N. & Vigneault, L. (2003). Ouvrir des espaces de dialogue autour de la médication psychiatrique, *Équilibre en Tête*, 17(4), 1-9.
- Rodriguez, L. (2005). Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 237-255.
- Rodriguez, L. & Poirel, M-L. (2007). Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes : la Gestion autonome des médicaments de l'âme. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 111-127.
- Rodriguez, L., Bourgois, L., Landry, Y., Guay, L. & Pinard, J-L. (2008). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté. Changer de perspective*. Québec : Presses de l'Université de Québec.
- Rodriguez, L., Perron, N. & Ouellet, J-N. (2008). Psychotropes et santé mentale. Écouter ou réguler la souffrance? Dans L. Blais (dir.), *Vivre à la marge. Réflexion autour de la souffrance sociale* (p. 121-148). Les Presses de l'Université Laval.
- RRASMQ (2005). *Balises pour une approche alternative du traitement en santé mentale*. Montréal : RRASMQ.
- RRASMQ (2006). *Bref portrait des ressources alternatives de traitement et leur contribution au plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Montréal : RRASMQ.
- RRASMQ (2009). *Manifeste du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*. Québec: RRASMQ.
- Russinova, Z. (1999). Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *Journal of rehabilitation*, 65, 50-57.
- Sharry, J., Darmody, J.M. & Madden, B. (2002). A solution-focused approach to working with clients who are suicidal. *British journal of guidance and counselling*, 30(4), 383-399.
- Spaniol, L., Koehler, M. & Hutchinson, D. (1994). *The recovery workbook, center for psychiatric rehabilitation*. Sargent college of health and rehabilitation sciences. Boston: Boston University.
- St-Onge, M. & Lavoie, F. (1997). Impact de la présence d'une personne atteinte de troubles mentaux chroniques sur les parents membres d'un groupe d'entraide et analyse de leurs stratégies d'adaptation : études descriptives. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 6(2), 51-62.
- St-Onge, J.-C. (2006). *Les dérives de l'industrie de la santé. Petit abécédaire*. Montréal : Les éditions écosociété.

- Sullivan, W.P. (1994). A long and winding road: the process of recovery from severe mental illness. *Innovation and research in clinical services, community support and rehabilitation*, 3, 19-27.
- Théoret, E. (2010). Mise en contexte. Dans *Le soutien dans une approche alternative... pour et avec les personnes dans leur communauté. Document synthèse de la Rencontre nationale des membres du RRASMQ*, (p.3-5). Montréal : RRASMQ.
- Thibault, S. (2011). Nature et fondements de l'intervention sociale personnelle. Dans D., Turcotte et J.-P., Deslauriers (dir.), *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (p.9-29). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Tarabulsy, G. M., Provost, M., Drapeau, S. & Rochette, E. (2008). *L'Évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Tessier R. & Tarabulsy G.M. (1996). *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Trepper, T.S. (2006). Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy. *Journal of marital and family therapy*, 32(2), 133-139.
- Turmel, F. (1990). Psychopharmacologie et utilisation de la médication dans un Centre psychanalytique de traitement de psychotiques. Dans Apollon, W. (éd), *Traiter la psychose* (p.161-169). Québec : Gifric.
- Young, S.L. & Ensing, D.S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 22, 219-231.

## **ANNEXES**

**ANNEXE A**  
**GUIDE D'ÉLABORATION ET DE RÉVISION DU PLAN D'INTERVENTION**  
**INTERDISCIPLINAIRE (PII)**

**Guide d'élaboration et de révision du  
Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)**

**Clinique externe en psychiatrie**

## **TABLE DES MATIÈRES**

### **INTRODUCTION**

### **CHAPITRE 1 : ÉTAPES DU PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PII**

#### **Étape 1 : La décision d'élaborer un PII**

#### **Étape 2 : L'évaluation**

##### **2.1 L'autoévaluation**

##### **2.2 Les évaluations disciplinaires**

#### **Étape 3 : La préparation**

##### **3.1 La préparation de l'utilisateur**

##### **3.2 La préparation de l'intervenant**

##### **3.3. La préparation de l'équipe**

#### **Étape 4 : La concertation**

##### **4.1 Aspects à aborder**

###### **4.1.1 Le projet de vie**

###### **4.1.2 Les attentes de l'utilisateur et de la famille**

###### **4.1.3 Les forces et les éléments à améliorer**

###### **4.1.4 Les objectifs**

###### **4.1.15 L'identification de moyens**

##### **4.2 Règles de fonctionnement**

#### **Étape 5 : Actualisation**

#### **Étape 6 : Révision du PII**

### **CHAPITRE 2 : RESPONSABILITÉS DES MEMBRES**

#### **2.1 Responsabilités de l'intervenant choisi par l'équipe pour préparer l'utilisateur à la démarche d'élaboration du PII**

#### **2.2 Responsabilités de l'animateur de la rencontre du PII**

#### **2.3 Responsabilités des intervenants concernés par le PII**

#### **2.4 Responsabilités des patients et de leurs proches**

### **CONCLUSIONS**

### **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **ANNEXES**

## INTRODUCTION

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) établit que toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. À ce sujet, un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée, un Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle les services devront être fournis. Ce plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés.<sup>1</sup> De la même façon, différentes instances telles que la Commission de la santé mentale du Canada, le Conseil canadien d'agrément et le ministère de Santé et des Services sociaux, ont réitéré à maintes occasions cette volonté de privilégier l'utilisation des PII, comme l'une des réponses à l'ensemble des besoins d'une personne et à l'intégration des services.

Compte tenu de l'importance du Plan d'intervention interdisciplinaire, il s'avère important de mieux définir le processus de son élaboration en vue d'en consolider les fondements, de développer une vision commune, de soutenir et d'outiller les intervenants dans son élaboration et sa réalisation. L'objectif de ce guide est donc de contribuer à l'harmonisation et à l'optimisation des pratiques cliniques au profit de l'utilisateur, de ses proches et de l'équipe des intervenants.

Ce guide se veut un instrument de soutien aux équipes œuvrant à la Clinique externe de psychiatrie de l'HMR concernant l'élaboration du PII. Il a été conçu à partir des principes de l'approche collaborative. Dans cette perspective, il ne s'agit plus uniquement de tenir compte des besoins de l'utilisateur ou de l'informer à propos des décisions qui le concernent. On parle plutôt de favoriser la réflexion à propos de l'élaboration d'un projet de vie dont découlerait le chemin à suivre tout au long de son rétablissement. On a abordé aussi le sujet dans une perspective axée sur le rétablissement en partageant les principes sur lesquels repose cette approche : favoriser l'espoir, permettre la prise de décisions, encourager la responsabilité et promouvoir la dignité et le respect.

Dans les pages qui suivent, la description des différentes étapes sera présentée ainsi que les responsabilités des professionnels participant à l'élaboration des Plans d'intervention interdisciplinaire.



## **CHAPITRE 1 : ÉTAPES DU PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PII**

### **Étape 1 : La décision d'élaborer un PII**

Deux critères soutiennent la décision d'élaborer un PII :

- Une personne vit une situation impliquant des besoins à combler dans plusieurs dimensions de sa vie. L'équilibre de cette personne avec son environnement est brisé ou risque d'être brisé, ayant des effets sur sa participation sociale. Son autonomie ou son développement sont compromis ou peuvent être compromis, notamment durant certaines phases critiques de sa maladie.
- La situation de cette personne exige que les expertises et ressources de plusieurs professionnels soient mises en commun pour d'une part, avoir une compréhension globale et commune de sa situation et d'autre part, mettre en place les conditions qui lui assureront une réponse optimale à ses besoins, sans duplication ni discontinuité de services.

En plus des critères ci-dessus décrits, il faut tenir compte de l'état de la personne au moment d'élaborer le PII et de sa disposition à collaborer.

### **Étape 2 : L'évaluation**

#### **2.1 L'autoévaluation**

L'autoévaluation est un processus pendant lequel l'utilisateur et ses proches identifient leurs besoins spécifiques. C'est l'occasion pour eux d'exprimer leurs perceptions et leurs opinions par rapport à la situation actuelle. L'autoévaluation doit être effectuée en collaboration avec l'intervenant de l'équipe dont le lien de confiance avec l'utilisateur est le plus fort. À ce moment, l'intervenant évalue la compréhension du patient en regard de son problème de santé et comment il compose avec la situation.

L'expression par l'utilisateur de sa perception de son évolution personnelle lui permettra de moduler ses attentes et d'augmenter son autodétermination tout au long du processus de rétablissement. Ce moment de l'évaluation permet à l'utilisateur et à ses proches d'identifier les activités qu'il leur importe de réaliser afin de trouver un équilibre physique, psychologique, social et spirituel satisfaisant. En outre, elles fourniront à l'équipe de l'information sur l'espoir, le cheminement, les priorités et les échéanciers anticipés par l'utilisateur et ses proches.<sup>2</sup> Durant cette période souvent difficile pour l'utilisateur, relever aussi ses forces et ses ressources l'aidera à prendre conscience des aptitudes sur lesquelles il pourra s'appuyer dans son processus de rétablissement.

En plus d'approfondir les besoins de l'utilisateur, ce temps d'arrêt nécessaire permet :

- D'établir les bases d'une relation de partenariat avec l'utilisateur;
- De mieux connaître l'utilisateur et son environnement.<sup>3</sup>

C'est le moment privilégié pour remettre à l'utilisateur le Guide pour le patient et ses proches. Remettre ce document lui permettra de mieux cerner son rôle de partenaire tout au long du processus. Ainsi, il se présentera au premier PII mieux préparé et, par conséquent, plus motivé à s'impliquer activement dans la prise de décisions inhérente à l'élaboration et l'actualisation du PII.

## **2.2 Les évaluations disciplinaires**

Les évaluations sont réalisées par chaque intervenant impliqué dans le processus de rétablissement de l'utilisateur. Chacun des professionnels concernés se réunira de façon individuelle avec la personne et ses proches dans le but d'avoir un portrait général de sa situation. Les évaluations comprennent aussi l'analyse et l'interprétation des informations obtenues afin d'en dégager une impression clinique.<sup>2</sup> Les évaluations disciplinaires serviront surtout à compléter l'identification des besoins soulevés par l'utilisateur.

Quant aux résultats des évaluations, chaque intervenant doit les communiquer à l'utilisateur dans un langage accessible qui lui permet de comprendre le sens qu'ils prennent dans son quotidien et dans son futur. Ils sont exposés à l'utilisateur de façon préparatoire au PII afin qu'il puisse avoir le temps de saisir leur impact possible sur la réalisation de son projet de vie.<sup>3</sup>

### **Étape 3 : La préparation**

Il s'agit d'un processus clinique très important et qui concerne les activités qui se déroulent une fois prise la décision d'élaborer un PII jusqu'au moment de la concertation. La préparation touche plusieurs acteurs dont:

- l'utilisateur;
- les intervenants;
- l'équipe.

#### **3.1 La préparation de l'utilisateur**

Il s'agit d'un échange d'information permettant à l'utilisateur d'exercer son rôle de patient partenaire dans l'élaboration de ses PII. Cet échange d'information lui permet essentiellement de clarifier sa représentation du PII et sa participation à la démarche. De plus, ce temps d'arrêt lui offre l'occasion d'examiner ses appréhensions et questionnements en lien avec la rencontre de PII.<sup>3</sup>

Pendant la rencontre de préparation, l'intervenant choisi par l'équipe aborde les informations suivantes :

- retour sur la définition du PII et de son utilité;
- définition des personnes qui seront présentes au PII;
- description du déroulement de la rencontre du PII;
- durée du PII;

- invitation des proches aidants et des intervenants du réseau dont le rôle est significatif dans la démarche de rétablissement de la personne;
- investigation des attentes, appréhensions et questions relatives au PII.

Quant aux personnes présentes au PII, ce choix revient à l'utilisateur et au coordonnateur. En fonction des disponibilités ou par choix de l'utilisateur et du coordonnateur, un groupe restreint peut être composé pour l'élaboration du PII.<sup>3</sup>

### **3.2 La préparation de l'intervenant**

Il s'agit d'une réflexion individuelle des intervenants amorcée suite aux évaluations disciplinaires.<sup>3</sup> Elle porte principalement sur les facteurs personnels et environnementaux affectant les habitudes de vie de l'utilisateur. Cette étape a pour but de faciliter les échanges lors des discussions cliniques.

### **3.3. La préparation de l'équipe**

C'est un moment de partage des observations et des réflexions entre intervenants. Elle vise essentiellement à :

- effectuer une mise en commun des informations obtenues;
- développer une vision globale et partagée de la situation de l'utilisateur;
- situer les besoins de l'utilisateur dans une perspective *écosystémique*;
- permettre une coordination harmonieuse des interventions;
- faire le point sur le cheminement de l'utilisateur dans son processus de rétablissement.

## **Étape 4 : La concertation**

### **4.1 Aspects à aborder**

Cette étape constitue la rencontre pour l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire et s'articule autour des thèmes suivants :

- le projet de vie;
- les attentes de l'utilisateur et sa famille;
- les forces et les éléments à améliorer;
- les objectifs;
- l'identification des moyens.

Pour accomplir cette étape, l'équipe désigne par consensus un membre qui aura la responsabilité d'animer la rencontre.

#### **4.1.1 Le projet de vie**

À ce moment de la discussion, il s'agit d'échanger avec l'utilisateur sur son projet de vie. On considère que la prise en compte de ces informations est d'une importance capitale dans l'élaboration du PII, car le projet de vie sert à l'orientation du comportement individuel à travers

le temps et les circonstances.<sup>4</sup> Il est associé à la recherche de direction et de motivation pour les décisions à prendre et donc au sens à donner au parcours de vie. Il est important de considérer que le projet de vie évolue dans le temps et il peut différer selon qu'il s'agit du point de vue du patient ou de celui du proche aidant.

Cette réflexion a été déjà amorcée pendant l'étape d'autoévaluation, mais le projet de vie de l'utilisateur peut s'être mieux défini ou s'être modifié comme suite aux informations reçues et aux expériences vécues. Aborder la cible que l'utilisateur désire atteindre à la fin du processus de rétablissement aidera tous les acteurs à se représenter les étapes préalables à l'atteinte de ce but.

Dans certains contextes (phase aiguë d'une maladie, certains troubles de la santé mentale, inaptitude du patient, etc.), plutôt que de référer à un projet de vie, il est parfois plus facile de formuler :

- des besoins ou des attentes immédiats relatifs au fonctionnement quotidien du patient, tel que :
  - le soulagement de symptômes;
  - la récupération d'une fonction ou d'une capacité (par exemple, la récupération de la mobilité, de l'alimentation, de la communication, etc.);
- des projets à court terme.<sup>4</sup>

#### **4.1.2 Les attentes de l'utilisateur et de la famille**

À ce moment, sous forme de discussion, l'utilisateur et sa famille partageront avec les intervenants leurs attentes par rapport à la démarche de rétablissement. Cet échange doit se réaliser dans un esprit d'ouverture où la reconnaissance de l'expertise de l'utilisateur face à son vécu et à ses buts est fondamentale. Ce faisant, on reconnaît les savoirs expérientiels des participants et partage la responsabilité du processus de rétablissement avec eux. Enfin, les attentes constituent un levier de mobilisation pour l'utilisateur, ses proches et l'équipe.

#### **4.1.3 Les forces et les éléments à améliorer**

De la même façon, il sera important d'amener l'utilisateur et ses proches à identifier leurs compétences et leurs forces au quotidien. Ces éléments pourront servir de facilitateurs tout au long du processus de rétablissement et par le fait même nourrir la motivation et l'implication de l'utilisateur et de ses proches.

#### **4.1.4 Les objectifs**

L'objectif interdisciplinaire traduit un résultat mesurable à atteindre en ce qui concerne les connaissances, les attitudes, les comportements et les activités généralement en rapport avec les habitudes de vie de la personne. L'énoncé doit être personnalisé et correspondre à la situation de l'utilisateur ainsi qu'à son milieu de vie. L'objectif doit demeurer porteur de sens et satisfaisant pour l'utilisateur. Il doit inclure une durée prévisible pour sa réalisation ainsi que le degré d'atteinte anticipé. La notion d'interdisciplinarité n'implique pas forcément que l'objectif doive être

poursuivi par plus d'un intervenant. En effet, un objectif peut être d'intérêt interdisciplinaire même s'il est travaillé par un seul intervenant.<sup>2</sup>

Les objectifs doivent être formulés selon la formule SMART<sup>6</sup> :

- **Spécifique** : On parle ici d'un objectif détaillé et centré. N'importe quelle personne qui lit l'énoncé devrait comprendre exactement ce qui doit être fait et la cible poursuivie.
- **Mesurable** : Des objectifs mesurables sont quantifiables dans la mesure où ils fournissent une norme. Les objectifs mesurables sont incontestables et reconnus comme tels par les personnes participant au processus.
- **Atteignable** : Il doit être acceptable et orienté vers l'action.
- **Réaliste** : Cette caractéristique décrit un objectif faisant travailler la personne, mais sans la décourager avant même d'avoir commencé.
- **Temporellement défini** : On parle ici d'inclure dans la formulation de l'objectif un échéancier précis. Les objectifs avec des échéanciers encouragent l'action et les dates butoirs encouragent l'activité de la personne.

#### **4.1.5 L'identification de moyens**

Les moyens sont les actions, les stratégies ou les activités mises en œuvre par l'équipe en vue de produire les changements souhaités. Le choix des moyens est dicté par un souci d'efficacité et d'efficience. En effet, les moyens décrits dans le cadre du PII illustrent les choix d'action de l'équipe (incluant l'utilisateur et ses proches) susceptibles de contribuer à une progression de l'utilisateur.<sup>2</sup>

L'exercice d'identifier les moyens est plus important qu'il n'y paraît à première vue. Tout d'abord, pour l'utilisateur, il s'agit d'une information importante qui permet de concrétiser les intentions de l'équipe en matière d'actions à son égard ou à l'égard de son environnement. Une identification claire des moyens améliorera sa compréhension des enjeux du PII et favorisera du même coup sa participation aux décisions et son implication dans la poursuite des objectifs fixés.

Pour les membres de l'équipe, l'identification des moyens dans le PII deviendra le point de rencontre entre les objectifs unidisciplinaires et les objectifs interdisciplinaires. En effet, les interventions unidisciplinaires concernent fréquemment des objectifs sur le plan des capacités et de l'environnement. Concrètement, l'identification des moyens unidisciplinaires dans le PII précise la contribution de chaque discipline à l'atteinte de l'objectif interdisciplinaire. L'énoncé des moyens, même s'il doit décrire les modalités cliniques, peut regrouper des actions de plusieurs intervenants.<sup>2</sup>

Le choix des moyens relève théoriquement de l'expertise des intervenants. Toutefois, dans une relation de partenariat, l'utilisateur ou ses proches sont invités à échanger sur le choix des moyens. En effet, les moyens décidés d'un commun accord:

- seront d'autant plus efficaces s'ils sont intégrés aux activités de la vie quotidienne de l'utilisateur;

- favoriseront l'implication de l'utilisateur et de ses proches dans le processus de rétablissement;
- favoriseront, chez l'utilisateur et ses proches, le développement d'un sentiment de compétence et de confiance en leurs ressources ainsi que leur autodétermination.<sup>3</sup>

Le PII est consigné sur le formulaire « Plan d'intervention interdisciplinaire » de l'HMR (Annexe IV). La lecture du PII est effectuée à la fin de la rencontre dans le but de s'assurer de la conformité avec les discussions. Ensuite, le patient signe le formulaire et une copie lui est remise. Une autre copie est versée à son dossier dès que possible. Pour les rencontres de suivis, les objectifs poursuivis sont revus, évalués et documentés.

#### **4.2 Règles de fonctionnement :**

Afin de favoriser un climat sain, les principes et valeurs prônés à l'HMR dans le code de civilité guident les interventions de l'équipe interdisciplinaire :

- faire preuve de collaboration;
- communiquer adéquatement;
- faire preuve de politesse;
- faire preuve de respect.

Les participants doivent se présenter à l'heure et diminuer le plus possible les interruptions dues au téléphone portable ou au téléavertisseur.<sup>5</sup>

#### **Étape 5 : Actualisation**

L'application des moyens liés aux objectifs du PII est ensuite enclenchée. Au cours des semaines et des mois suivants, chaque acteur s'activera, lors de rencontres d'intervention ou par d'autres modalités, à aider l'utilisateur à atteindre ses objectifs.

Selon les changements observés dans l'évolution de l'utilisateur, des discussions cliniques seront effectuées afin de permettre le maintien d'une vision commune de la situation de l'utilisateur, jusqu'à la révision du PII. Habituellement, il doit y avoir minimalement une discussion clinique entre deux PII.<sup>3</sup>

#### **Étape 6 : Révision du PII**

Il s'agit d'une halte prise par l'utilisateur et l'équipe interdisciplinaire pour effectuer un retour sur le PII précédant. La révision du PII favorise la constatation des changements significatifs et l'atteinte des objectifs déterminés antérieurement. La révision du PII permet en plus:

- de s'enquérir de la satisfaction de la clientèle au regard de la mise en œuvre du PII : objectifs poursuivis, services ou moyens utilisés et résultats obtenus;
- d'apprécier l'impact des actions posées par chacun des partenaires du PII;
- de décider avec la personne, ses proches et les intervenants de l'équipe soignante de la pertinence de fixer de nouveaux objectifs;

- le cas échéant, de déterminer de nouveaux objectifs selon la situation de la personne;
- d'ajuster les services et les responsabilités en fonction de l'évolution des besoins.

Les résultats doivent être indiqués en utilisant la légende suivante<sup>6</sup> :

- **A** : Atteint, l'objectif est complètement atteint.
- **AP** : À poursuivre. Dans ce cas, les actions fixées doivent être poursuivies avec les mêmes moyens.
- **M** : Modifié. Au moment de la révision, il est possible que d'autres besoins apparaissent ou se modifient ce qui donnera lieu au rajustement des objectifs et/ou des moyens.
- **NA** : Non atteint. L'objectif fixé n'est pas atteint et il est abandonné. Dans ce cas, on doit justifier en donnant les raisons qui ont motivé la non-atteinte de cet objectif et fixer des actions correctives ou de nouveaux objectifs reflétant les changements dans la situation.
- **S** : En suspens. L'objectif est reporté à une date ultérieure.

Le délai de révision des PII varie en fonction de la réalité de chaque usager. L'important est de s'assurer d'effectuer les révisions lorsque l'échéancier des objectifs est arrivé à terme ou lorsque l'objectif est atteint. Si aucun objectif n'est reconduit et qu'aucun autre besoin lié à l'offre de services spécialisés n'est identifié, la révision du PII constitue la dernière étape du processus et devient, par le fait même, le PII final.

La satisfaction des patients/proches en lien avec la démarche du PII est évaluée par le questionnaire « Appréciation de la démarche PII par le patient » (Annexe V). L'intervenant choisi par l'équipe remet le questionnaire au patient au moment opportun.<sup>5</sup>

## **CHAPITRE 2 : RESPONSABILITÉS DES MEMBRES**

### **2.1 Responsabilités de l'intervenant choisi par l'équipe pour préparer l'utilisateur à la démarche d'élaboration du PII**

1. Préparer le patient à l'élaboration et à la mise en œuvre du PII:
  - aider le patient à formuler son projet de vie, ses besoins, ses attentes et ses objectifs;
  - informer le patient au sujet des problèmes de santé identifiés et répondre à ses questions;
  - évaluer avec le patient son désir, sa motivation et sa capacité de s'impliquer dans la planification et la gestion de ses soins et services;
  - expliquer les objectifs et l'utilité du PII;
  - informer le patient au sujet des différentes étapes liées à la planification des soins et services et le partage des rôles entre les membres de l'équipe;
  - demander au patient s'il désire être accompagné d'un proche;
  - identifier, si requis, un intervenant du réseau ou un pair aidant pour soutenir le patient dans son PII;
  - soutenir le patient tout au long du processus.

### **2.2 Responsabilités de l'animateur de la rencontre PII**

1. S'assurer que tout le monde se connaît.
2. Rappeler à l'équipe interdisciplinaire le motif de la rencontre.
3. Voir à ce qu'un intervenant de l'équipe rédige le PII dans le formulaire prévu à cet effet.
4. Voir à ce que le point de vue du patient soit mis à contribution dans l'établissement des objectifs, priorités et modalités d'intervention liés au PII.
5. Favoriser la participation active du patient à l'élaboration du PII et s'assurer qu'il prend les décisions finales.
6. Assurer une répartition adéquate des tâches et des responsabilités entre les intervenants de l'équipe et spécifier les rôles et responsabilités du patient.
7. Faciliter la compréhension de tous sur les sujets discutés.
8. Formuler régulièrement des synthèses.
9. Faire ressortir les forces et les compétences du patient.
10. Préciser les besoins, objectifs et interventions centrés sur le projet de vie du patient (ou aspirations à plus court terme).
11. Faciliter l'expression des points de vue et des préoccupations de tous.
12. Assurer une gestion adéquate des échanges (participation, équité, ouverture, respect, créativité, etc.).
13. Assurer une gestion adéquate du climat (convivial, harmonieux, propice aux échanges, etc.).
14. Assurer une gestion optimale du temps de réunion et des procédures.
15. Soutenir l'expression d'émotions et y réagir selon le contexte.
16. Effectuer la synthèse des discussions et la lecture des objectifs, des actions retenues ainsi que des échéanciers.
17. Préciser une date de révision du PII.



## **2.3 Responsabilités des intervenants concernés par le PII**

1. Présenter une synthèse de l'information recueillie.
2. Prendre en compte le patient dans sa globalité (dimensions physique, psychologique, sociale et spirituelle) dans l'ensemble des discussions.
3. Définir les problématiques et les priorités d'intervention.
4. Formuler des objectifs SMART en tenant compte du projet de vie et des attentes du patient.
5. Déterminer les interventions appropriées pour chacun des besoins ou problèmes prioritaires identifiés après avoir examiné les différentes alternatives possibles, avec leurs avantages et désavantages.
6. Spécifier le type d'intervention, la fréquence, la durée et la séquence des interventions.
7. Identifier les compétences actuelles de soins du patient, et suggérer des moyens pour aider le patient à mettre en œuvre ces compétences ou les développer.
8. Partager et reconnaître l'expertise et les savoirs de chacun.
9. Faire preuve d'ouverture face à la diversité des perspectives.
10. Comprendre leur propre rôle et celui de leurs partenaires pour définir et atteindre les objectifs souhaités.
11. Déterminer les modalités de suivi des interventions, et la date de réévaluation du plan d'intervention
12. Si pertinent, aborder les aspects relatifs au continuum de soins avec les ressources appropriées du milieu clinique hospitalier ou communautaire (p.ex. : proches, médecins de famille, pharmaciens communautaires, CLSC, organismes communautaires, etc.)
13. S'adresser directement au patient lors des discussions, l'inciter à préciser ou compléter les informations présentées le concernant, lui expliquer clairement les avantages, les inconvénients, les risques et les conséquences liés aux choix d'interventions possibles et vérifier sa compréhension de ceux-ci (ainsi que de l'ensemble des sujets discutés), l'encourager à participer activement à l'élaboration de son PII, explorer ses inquiétudes et le soutenir, l'inciter à prendre la décision finale et respecter celle-ci.

## **2.4 Responsabilités des patients et de leurs proches**

1. Identifier clairement son projet de vie.
2. Participer activement aux discussions les concernant.
3. Verbaliser ses craintes et inquiétudes.
4. Communiquer toutes informations pertinentes.
5. Poser des questions.

## **CONCLUSIONS**

Ce guide a été conçu pour le soutien aux équipes œuvrant dans la Clinique externe en psychiatrie. C'est un outil qui facilite la construction de la dynamique patient-intervenant autour des besoins et du projet de vie du patient.

Bien que dès le début de leur processus de soins les patients ne soient pas tous naturellement des partenaires pour l'équipe qui les accompagne, ils ont le potentiel de le devenir. Pour cette raison, il est essentiel qu'ils se voient offrir la possibilité de participer activement à leur traitement dans la mesure de leurs capacités.

On doit considérer ce guide comme un document en évolution qui est au cœur de la démarche de rétablissement de la personne. Nul doute que cet outil est encore appelé à évoluer, témoignant de l'évolution de la qualité des services à notre clientèle.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- <sup>1</sup> Ministère de Santé et des Services sociaux. (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*. Québec : Gouvernement du Québec.
- <sup>2</sup> Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. (2010). *Guide d'élaboration de Plans d'intervention interdisciplinaires*. Québec : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.
- <sup>3</sup> Centre de réadaptation InterVal. (2011). *Le Plan d'intervention individualisé (PII)*. Repéré à [http://www.centreinterval.qc.ca/client/documentation/Guide\\_PII\\_\\_version\\_finale\\_septembre\\_2011\\_.pdf](http://www.centreinterval.qc.ca/client/documentation/Guide_PII__version_finale_septembre_2011_.pdf)
- <sup>4</sup> Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2013). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Repéré à [www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide\\_implantation.pdf](http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide_implantation.pdf)
- <sup>5</sup> Groupe de travail pour l'élaboration de la guide. (2013). *Plan d'intervention interdisciplinaire. Guide de référence à l'intention des intervenants de l'équipe des maladies inflammatoires de l'intestin. Document de travail*. Montréal : Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
- <sup>6</sup> Direction des soins infirmiers. (2013). *Guide d'utilisation du plan d'intervention interdisciplinaire (PII). Document de travail*. Montréal : Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
- <sup>7</sup> Table de coordination du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie (TCRE). (2009). *Cadre de référence régional sur le plan de services individualisés-Estrie*. Repéré à [http://www.santeestrie.qc.ca/organisation\\_des\\_services/documents/cadre\\_reference\\_region\\_al\\_psi\\_estrie.pdf](http://www.santeestrie.qc.ca/organisation_des_services/documents/cadre_reference_region_al_psi_estrie.pdf)
- <sup>8</sup> Repper, J. et Carter, T. (2010). *Using personal experience to support others with similar difficulties. A review of the literature on peer support in mental health services*. Nottingham : Université de Nottingham. (Traduit et adapté de l'anglais par Daniel Gélinas)
- <sup>9</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005) *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Repéré à [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)
- <sup>10</sup> Carignan, L. (2011). Principales approches en travail social. Dans D., Turcotte et J.-P., Deslauriers (dir.). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*. Québec : Presses de l'Université Laval.

## ANNEXE I

### CADRE LÉGAL DU PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE (PII)

La LSSSS précise qu'une évaluation de la situation d'un usager est requise afin de répondre à ses besoins et lui donner accès aux ressources qu'il requiert, et ce, en conformité avec les mandats des établissements. Ainsi, ce sont les caractéristiques d'une personne, ses aspirations, ses projets et sa situation de vie qui déterminent l'offre de service de santé et des services sociaux.<sup>7</sup>

À ce sujet, la LSSSS stipule ce qui suit :

<b>Thème de la LSSSS</b>	<b>Définition</b>	<b>Article</b>
<b>Droit aux services</b>	<i>« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. »</i>	<b>Article 5</b>
<b>Participation</b>	<i>« Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. » « Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. » « Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans. »</i>	<b>Article 10</b>
<b>Plan d'intervention</b>	<i>« Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle les services devront être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement. »</i>	<b>Article 102</b>
<b>Collaboration de l'usager</b>	<i>« Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'usager tel que prévoit l'article 10. » « Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles. »</i>	<b>Article 104</b>

## ANNEXE II

### TERMINOLOGIE

**Usager :** L'usager est la personne qui reçoit des services d'un établissement de la santé et des services sociaux. L'usager est un partenaire avec l'équipe traitante dans l'élaboration de son plan d'intervention interdisciplinaire.

**Savoirs expérientiels :** Savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches.<sup>4</sup>

**Intervenant :** Personne qui dispense des soins de santé ou des services sociaux. Cette personne reconnaît les savoirs expérientiels du patient et partage ses propres savoirs pour permettre au patient de développer ses compétences de soins et de s'habiller progressivement à faire des choix de santé libres et éclairés.<sup>4</sup>

**Équipe interdisciplinaire :** Équipe minimalement composée d'un patient et d'un ou de plusieurs intervenants de la santé et des services sociaux issus de professions différentes. Elle peut également accueillir toute autre personne (proche aidant, gestionnaire, préposé aux bénéficiaires, personnel administratif, pair aidant) qui sera jugée appropriée pour accompagner le patient dans son parcours de santé et pour valoriser son expérience comme patient.<sup>4</sup>

**Discussion clinique :** Rencontre clinique permettant l'échange d'informations concernant l'usager. La discussion favorise le maintien de la concertation établie lors du PII et le raffinement des stratégies d'intervention. Elle peut avoir lieu avant le plan d'intervention initial ou entre les PII.<sup>2</sup>

**Relation de partenariat :** Relation de coopération/collaboration entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages et qui favorise l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées et l'atteinte de résultats de santé optimaux.<sup>4</sup>

**Patient partenaire :** Personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées par les intervenants de l'équipe de soins et de services.<sup>4</sup>

**Proche :** Aidant naturel, parent ou personne avec laquelle le patient est soit intimement lié ou considérée par le patient comme un accompagnateur qui le soutient.<sup>5</sup>

**Pair aidant :** Membre du personnel divulguant qu'il vit ou qu'il a vécu un trouble mental. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'il a vécues. Essentiellement, le travail de pair aidant est basé sur l'utilisation et le partage de son savoir expérientiel dans ses interventions auprès de ses pairs et de l'équipe de travail.<sup>8</sup>

**Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) :** Le plan d'intervention interdisciplinaire est un outil de planification et de concertation par lequel un organisme ou un établissement, en fonction de sa mission ou de son mandat et avec la participation active de la personne ou de son représentant, fixe les objectifs à atteindre et gère les interventions nécessaires pour répondre à des besoins reliés à des facteurs personnels ou environnementaux déterminant la réalisation des habitudes de vie de cette personne.<sup>2</sup>

**Projet de vie :** Représentation mentale de la vie que le patient souhaite mener et des moyens qu'il se donne pour y parvenir. Il sert à l'orientation du comportement individuel à travers le temps et les circonstances. Symbole des besoins et des aspirations de la personne, le projet de vie doit orienter l'organisation des soins et se placer au cœur des préoccupations des intervenants et de l'équipe interdisciplinaire.<sup>4</sup>

**Autodétermination :** les habiletés et attitudes requises chez une personne lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus.<sup>4</sup>

**Rétablissement :** On définit le rétablissement comme le dépassement des symptômes, des limites fonctionnelles et des handicaps sociaux rattachés au trouble mental. Cette transcendance se manifeste par des transformations d'ordre multidimensionnel et implique l'activation de processus personnel, interpersonnel et sociopolitique permettant le renouvellement du sens de l'existence, la mutation de rôles sociaux significatifs et l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie.<sup>9</sup>

**Perspective écosystémique :** C'est une approche qui permet de comprendre le mode interactif de la personne avec son environnement, afin d'obtenir une vision élargie de sa participation sociale. Cette perspective nous permet l'analyse de la situation en sa totalité et l'identification des ressources dont disposent les personnes affectées par un problème pour le définir, l'analyser et lui trouver des solutions.<sup>10</sup>

## **ANNEXE III**

### **CARACTÉRISTIQUES DU PII**

- Doit être élaboré en interdisciplinarité
- Doit être élaboré en présence du patient
- Doit inclure la famille ou toute autre personne significative/partenaire identifiée par le patient
- Doit déterminer les objectifs à atteindre à l'intérieur d'un épisode de soins
- Doit déterminer ce que chacun des professionnels impliqués doit faire en vue d'atteindre les objectifs
- Doit être évalué périodiquement
- Doit être remis au patient.

## ANNEXE IV


NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

<b>Hôpital Maisonneuve-Rosemont</b> Centre affilié à l'Université de Montréal			
<b>PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE</b>			
Date : ____ / ____ / ____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> <span>Jour</span> </div> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Hospitalier    <input type="checkbox"/> Ambulatoire         </div>			
Programme : <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Chirurgie  <input type="checkbox"/> Médecine  <input type="checkbox"/> Ophtalmologie         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Oncologie  <input type="checkbox"/> Médecine familiale &amp; gériatrie  <input type="checkbox"/> Urgence         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Santé femme enfant  <input type="checkbox"/> Santé mentale  <input type="checkbox"/> Autre : _____         </div> </div>			
<b>Personnes présentes lors de l'élaboration</b>			
Nom	Titre	Nom	Titre
<b>PROFIL DE L'USAGER</b>			
Proche(s) aidant(s) : _____		Congé prévu le : _____	
Diagnostics pertinents : _____			
Identification des enjeux importants : _____			
Attentes de l'utilisateur / famille : _____			
Forces		Éléments à améliorer	



NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

 <b>Hôpital Maisonneuve-Rosemont</b> Centre affilié à l'Université de Montréal				
<b>PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE (suite)</b>				
Date	#	Objectifs	Moyens / Actions / Échéanciers	Responsable (s)
<b>Suivis et révisions du PII (dater et signer)</b>				
Date	#	Progrès et décisions		
Date	#	Progrès et décisions		
<b>Légende des progrès : A : Atteint AP : À poursuivre M : Modifié NA : Non atteint S : En suspens</b>				
Intervenant désigné pour discuter du PII avec l'utilisateur/proches : _____				
Copie remise à l'utilisateur ou à son représentant légal <input type="checkbox"/>				
J'ai été informé et je consens au PII :				
X _____			Date : _____	
Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal				

## ANNEXE V

### APPRÉCIATION DE LA DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU PII PAR LE PATIENT

Merci de bien vouloir participer à cette recherche.

Pour chaque question, encerclez votre réponse selon l'explication suivante:

**1- Tout à fait      2- Assez      3- Un peu      4- Pas du tout**

Vos commentaires et suggestions pour améliorer nos services seront les bienvenus.

Avant la rencontre d'élaboration du PII
---

1. Est-ce que vous avez été soutenu par l'intervenant de proximité pour l'identification de votre projet de vie (choses à réaliser au cours des 6 à 12 prochains mois)?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

2. Est-ce que vous avez été soutenu par l'intervenant de proximité pour l'identification de vos forces et de vos aspects à améliorer?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

3. Est-ce que vous avez été informé des aspects tels que la définition et l'utilité du PII et le déroulement et la durée de la rencontre d'élaboration du PII?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

4. Est-ce que l'intervenant de proximité a-t-il pris le temps pour investiguer vos attentes, vos appréhensions et vos questions relatives au PII?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

5. Avez-vous eu la possibilité de participer au choix des personnes présentes à la rencontre PII (ex. : votre famille, vos proches, des personnes significatives dans votre entourage)?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

Lors de la rencontre d'élaboration du PII

6. Lors de la rencontre pour l'élaboration du PII, a-t-on porté une attention particulière à votre point de vue?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

7. Lors de la rencontre pour l'élaboration du PII, l'équipe a-t-elle porté une attention particulière à votre projet de vie (choses à réaliser dans les 6-12 prochains mois)?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

8. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII, vous a-t-on informé de l'opinion de l'équipe concernant votre projet de vie (choses à réaliser au cours des 6 à 12 prochains mois)

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

9. Lors de la rencontre pour l'élaboration du PII, l'équipe a-t-elle porté une attention particulière à l'identification de vos forces et de vos aspects à améliorer?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

10. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII, vous a-t-on informé de l'opinion de l'équipe concernant vos forces et vos aspects à améliorer?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

11. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII, avez-vous pu nommer vos préférences concernant les différents moyens d'intervention?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

12. Lors de la rencontre pour l'élaboration du PII, a-t-on considéré vos préférences concernant le choix des moyes d'intervention?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

13. Les objectifs et moyens d'intervention choisis par l'équipe vont-ils dans le même sens que votre projet de vie?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

14. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII, vous a-t-on informé de la nature des soins et services qui vous seront offerts?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

15. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII, avez-vous pu exprimer votre accord ou votre désaccord par rapport aux différents points abordés?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

Après la rencontre d'élaboration du PII

16. Les modalités d'intervention appliquées correspondent-elles à celles identifiées durant la rencontre d'élaboration du PII?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

17. Lors de la rencontre de révision du PII, a-t-on porté une attention particulière à votre point de vue?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

18. Lors de cette rencontre de révision du PII, avez-vous pu exprimer votre accord ou votre désaccord par rapport aux différents points abordés?

1	2	3	4
---	---	---	---

Commentaires et suggestions

---

---

**ANNEXE B**  
**DÉPLIANT DESTINÉ AU PATIENT ET À SES PROCHES**

## Question de mieux vous préparer...

- Qu'est-ce qui est le plus important pour moi à ce moment-ci de ma vie?  
\_\_\_\_\_
- Quelles sont mes problématiques de santé que je trouve les plus difficiles à gérer ou à accepter?  
\_\_\_\_\_
- Quels sont les aspects de mon état de santé que je ne comprends pas bien?  
\_\_\_\_\_
- Si je participe à la rencontre de PII, est-ce que je veux être accompagné de quelqu'un? Si oui, un proche, intervenant accompagnateur?  
\_\_\_\_\_
- Quel type de soutien est-ce que j'aimerais recevoir concernant mes soins de l'équipe MII, de ressources externes, de mes proches?  
\_\_\_\_\_



Ce dépliant a été produit par le comité d'amélioration continue du service de gastroentérologie, sous l'égide du xxx

Texte à finaliser



**HMR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

## Pour plus d'information :

Coordonnées de l'infirmière:

Téléphone :  
Courriel :

Si vous n'êtes pas satisfait... Texte à ajouter

## En équipe pour mieux soigner: le PII



## Guide pour le patient et ses proches

## Le PII : un plan d'intervention interdisciplinaire

### Ce qu'est un PII

C'est un outil qui sert à planifier et coordonner, grâce à des rencontres, les soins fournis par les médecins et les autres professionnels.

### Son but

Accompagner les patients **en équipe** pour les traiter de manière adaptée et efficace.

### Il sert à qui?

Le PII peut être utilisé dans plusieurs cas, mais l'équipe de gastroentérologie a choisi d'utiliser cet outil principalement pour les jeunes adultes qui sont dirigés des hôpitaux pédiatriques vers les hôpitaux généraux, et pour les patients dont les soins nécessitent une coordination plus grande des différents intervenants.

### Qui participe aux rencontres?

D'abord, plusieurs personnes ressource, avec des compétences variées, selon la situation : un médecin, une infirmière, un psychologue, une diététiste ou un chirurgien, par exemple.

Ensuite, le patient s'il le désire, seul ou accompagné d'une personne en qui il a confiance. L'équipe de gastroentérologie de HMR considère en effet la participation du patient très précieuse, car il est le mieux placé pour décrire son **projet de vie**, sa vie avec la maladie, ses attentes, ses besoins, ses problèmes les plus incommodes, et les objectifs qu'il veut atteindre.

*"Votre projet de vie est un résumé de vos plans en ce qui concerne vos études, votre carrière, votre vie de couple, votre vie de famille, vos voyages, etc. Réfléchir à votre projet de vie vous permet de bien comprendre votre situation actuelle, de prendre des décisions qui vous aideront à accomplir les buts qui vous tiennent à cœur, et de faire face aux situations que vous aurez à affronter."*

### Les avantages du PII

- Vous recevez des soins sur mesure, car vos besoins, vos attentes, et vos objectifs sont connus de tous et bien définis.
- Vous recevez des soins efficaces car les personnes qui vous traitent comprennent votre état, et profitent de l'expertise de plusieurs ressources.
- Votre suivi est plus efficace et vous perdez moins de temps, car toutes les personnes concernées sont au courant des faits et des actions à venir.

- Vous vivez moins de stress et vous pourrez prendre des décisions éclairées, car vous êtes bien au courant de votre maladie, des étapes du traitement, de ses avantages et inconvénients, et de l'opinion des intervenants.

### Votre rôle

- Participer activement au processus.
- Réfléchir à votre projet de vie et le définir clairement.
- Communiquer toutes les informations utiles sur votre situation actuelle. Vous aurez à remplir un questionnaire qui permettra à l'équipe de connaître votre qualité de vie, vos habitudes de vie, vos problèmes, etc.
- Mentionner à l'équipe vos attentes et vos craintes relatives aux réunions et à l'équipe.

N'oubliez pas que durant tout le processus, les membres de l'équipe vous accompagneront, vous aideront à bien comprendre votre situation et collaboreront avec vous pour atteindre les objectifs que vous aurez choisis **ensemble**.

Surtout, **soyez rassuré**. Une infirmière vous appellera pour vous expliquer comment tout cela fonctionne. Elle sera là pour répondre à vos questions et vous aidera à vous préparer. Vous pouvez commencer à l'aide des questions au verso.

**ANNEXE C**

**DÉPLIANT POUR LES INTERVENANTS**



## PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE (PII)



Clinique  
des Maladies Inflammatoires de l'intestin

Document pour les intervenants

En collaboration avec le CPASS, l'équipe de la clinique de gastroentérologie a élaboré un projet où la relation traditionnelle patient-intervenant évolue vers le nouveau paradigme de patient-partenaire.

Intégrant la notion de réunion interdisciplinaire, cette nouvelle approche collaborative implique le patient directement et lui confère donc un pouvoir égalitaire dans la prise de décision de son plan d'intervention interdisciplinaire (PII) en lien avec son projet de vie personnelle.

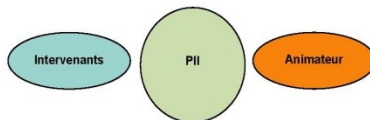
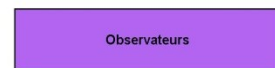
### Qu'est-ce qu'un PII?

1. Le PII est donc un outil clinique qui fait partie intégrante du dossier du patient et qui sert à la planification et à la coordination des soins biopsychosociaux, puisque c'est dans les situations complexes que la concertation de tous les intervenants devient nécessaire.
2. Le PII est élaboré lors d'une rencontre à laquelle participent les intervenants de la santé en présence du patient et de ses proches.
3. Lors de la rencontre de PII, les attentes, priorités, inquiétudes et désirs du patient et de ses proches ainsi que le projet de vie du patient sont discutés.

### Qu'est-ce qu'un projet de vie?

Le projet de vie recouvre différents et plusieurs aspects de la vie personnelle et professionnelle d'un patient. Il tient compte du projet d'avenir et de son vécu face à la maladie. Il est donc unique, propre à chacun et directement en lien avec les futures réalisations désirées du patient. Il peut être évolutif et changeant dans le temps selon la condition particulière de sa maladie. Ainsi, cela permet de mieux comprendre la situation actuelle vécue par le patient et de prendre les engagements qui permettront d'atteindre les différents objectifs de soins.

## Composition et rôle des personnes lors des rencontres PII



### Rôle

1. Mentionner son projet de vie;
2. Poser ses questions et verbaliser ses craintes aux différents intervenants;
3. Déterminer un ou plusieurs objectifs à atteindre;
4. Adhérer au contrat moral avec l'ensemble de l'équipe



### Rôle

1. Prendre en compte le patient dans sa globalité (dimensions physique, psychologique, sociale et spirituelle) dans l'ensemble des discussions selon la problématique à traiter;
2. Présenter une synthèse de l'information recueillie et définir les problématiques et les priorités associées à celles-ci;
3. S'adresser directement au patient lors de la rencontre PII dans les discussions, l'inciter à préciser ou compléter les informations présentées le concernant, lui expliquer clairement les avantages, inconvénients, risques et conséquences liés aux choix d'interventions possibles;
4. Valider la compréhension de l'information comprise et retenue, l'encourager à participer activement à l'élaboration de son PII, explorer ses inquiétudes et le soutenir, l'inciter à prendre la décision finale et respecter celle-ci.
5. Établir avec le patient des objectifs progressifs en lui présentant la réalité de sa maladie et des étapes à venir.
6. En cas d'absence, nommer un représentant ou transmettre les informations pertinentes à un membre de l'équipe qui sera présent à la rencontre PII.



### Rôle

1. Voir à ce que le point de vue du patient soit mis à contribution dans l'établissement des objectifs, priorités et processus liés au PII. En l'absence du patient, voir à ce qu'une personne explicitement désignée, obtienne son accord sur les propositions soulevées;
2. Assurer une gestion adéquate du climat pour qu'il soit convivial, harmonieux et propice aux échanges;
3. Faciliter l'expression des points de vue et des préoccupations de tous;
4. Assurer une gestion adéquate des échanges (participation, équité, ouverture, respect, créativité, etc.);
5. Soutenir l'expression d'émotions et y réagir selon le contexte.



### Rôle

1. Rôle d'observation de ce qui se fait;
2. Intervenir seulement à la demande de l'animateur au besoin.

### Préalables à la rencontre PII :

1. Rencontre entre l'infirmière de la clinique de gastroentérologie et le patient pour l'élaboration des objectifs et du projet de vie et de le familiariser avec le processus de PII et le déroulement de la rencontre.
2. Rencontre multi entre les médecins et professionnels afin de faire une synthèse de la problématique étudiée, établir une même ligne de conduite et élaborer diverses options possibles pour le patient selon son projet de vie.

### Postulats :

- Faire preuve d'empathie, d'écoute, d'ouverture d'esprit et de flexibilité afin de tendre à réaliser le projet de vie des patients.
- Respecter la volonté du patient et non l'obliger à se conformer à nos décisions à nous.
- Ne pas diminuer et considérer comme utopique le projet de vie du patient car c'est l'essence même du projet actuel.